



Fundación para la Investigación
Interdisciplinaria de la Comunicación
FINTECO



SECTION ON MASSMEDIA AND MENTAL HEALTH
SECCION DE MASSMEDIA Y SALUD MENTAL
WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION
ASOCIACION MUNDIAL DE PSIQUIATRIA

Chairperson / Presidente: Prof. Dr. Miguel Angel Materazzi (Argentina)
Co-Chairperson / Presidenta Adjunta: Dr. Irene Jakab (USA)
Secretary: Dr. Antonio Rodriguez López (Spain)

**REVISTA ELECTRONICA DE
DISTRIBUCION MUNDIAL Y GRATUITA**

Nº 1 VOL. 1

JULIO DE 2004

**A los 30 años de la creación de la
Fundación para la Investigación Interdisciplinaria de la Comunicación
FINTECO
JUNIO DE 1974—JUNIO DE 2004**

Es objetivo primordial todo lo relacionado con la comunicación normal y patológica de la comunicación, su investigación a través de los canales de la Psicología, Psicoanálisis y la Psiquiatría; incluyendo otras disciplinas afines estableciendo el estudio sistematizado de la Psicopatología, Filosofía, Sociología y los Massmedia. Colaborando en los tres niveles de Prevención Psiquiátricos: a nivel primario mediante el Programa Preventivo Inespecífico Permanente de 35 años de actividad de campo, creado por el Prof. Consulto Dr. Miguel Angel Materazzi; a nivel secundario con la creación de diagnósticos precoces posibilitados por una medulosa investigación y teniendo la posibilidad de establecer una prestación asistencial actualizada; y a nivel terciario con una rehabilitación interdisciplinaria que tiende a enfocar el proyecto rehabilitativo de un sufriente de pie. Por otro lado participar en la formación de recurso profesional especializado de alta excelencia en el nivel del postgrado .

Se festejo con una cena en Puerto Madero, a cuyos fines participaron en su soporte Lab. Raffo y Lab. Aristón.

Participaron Profesionales del Campo Psí: Asociación de Psiquiatras Argentinos- su Presidenta **Dra. Graciela Lucatelli**. Asociación Argentina de Psiquiatras (su Presidente **Dr. Néstor Marchant**). La Asociación Mundial de Psiquiatría- WPA- su Secretario de Educación **Dr. Roger Montenegro**, a su vez Presidente de la Fundación Contener (lucha contra el estigma) La Fundación Raíces Argentinas- su Presidente **Sr. Luis D'Angelo** (difusor y sostenedor del Mutualismo). La Fundación de lucha contra la Toxicomanía-FAT- su Presidente **Lic. Alberto Calabrese**- La Fundación Stern- **Sr. Alejandro Stern** Presidente (productora, difusora y sostenedora de la Videoteca Médica de habla hispánica más significativa, contando en su haber más de 3.500 títulos. Jefa Departamental del Hospital Braulio Moyano (Psiquiátrico de Mujeres) **Dra. Susana Carusso**. Jefe Departamental de Rehabilitación (Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José T Borda) **Dr. Aldo Imbriano**. Comunicador Social **Sr. Horacio Embón**. Profesores Universitarios: **Dr. Julio Villena Aragón** (Psicólogo)- **Dra. Dulce Suaya** (Psicóloga)- **Dr. Alejandro Alvano** (Psicofarmacólogo)- Lic. Esther Cohen (Filosofa)- **Lic. María Luisa Caviglia** (Trabajadora Social)- **Dr. Roberto García Novarini** (Jefe del Servicio SOE del Hospital Borda)- Profesor Emérito de la UBA- Fac. Medicina- **Dr. Jorge García Badaracco**- **Dr. Lucio Mastrandrea** (Jefe Hospital de Día del Hospital Borda) **Dr. Alejandro Jorge** (Jefe de Guardia del Hospital Borda) **Dra. Fabiana Materazzi** (Secretaria General de la Fundación FINTECO). **Dra. Inés Josefina Puig** (sub-Jefa del Consultorio del Hospital Moyano) **Dr. David Arrues**- Abogado- Presidente de Club Gimnasia y Esgrima de Bs.As. **Dra. Libertad Telecemian** (Vice Presidenta de FINTECO)- **Dra. Elsa Gauna** (Juez Civil) **Dr. Andrés Narizzano** (Juez Penal)- **Lic. María Teresa Quartino** (Jefa del Hospital de Noche del Hospital Borda)- **Dr. Jaime Cukier** asesor de la Dirección Hosp. Borda. **Dr. Rodolfo Pérez** (secretario académico de la unidad de posgrado en psiquiatría Prof. A. Lanari- El plástico **Carlos Martínez Pampín**- **Dr. Camilo Hernández** (asesor de la Direc. Hosp. Borda- **Dr. Alberto Monchablon** (Prof. Titular de Cátedra de Psiquiatría del Hosp. Moyano- **Dra. Guillermina Martínez** (Fiscal penal)- Autoridades de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Bs.As.: Secretario de Salud- **Dr. Alfredo Stern**- Director de Atención Médica- **Dr. Alejandro Ciancio**. El Director de Salud Mental – **Dr. Ricardo Soriano** –

Todos los nominados fueron designados Miembros de Honor y se les hizo entrega de una plaqueta recordatoria- También el Plástico Carlos Martínez Pampín donó un cuadro de su autoría que fue sorteado y resulto poseedor el Dr. Rodolfo Pérez. Asimismo se les otorgó a los Lab. Raffo y Aristón sendos grabados originales del plástico antes mencionado.

La Fundación para la Investigación Interdisciplinaria de la Comunicación (FINTECO) y la Sección Mass Media y Salud Mental de la AMP (WPA) participan este mensaje afín a la Declaración de la Isla de Kos y a la sugerencia del Dr. Carlos Berganza de constituir una comisión de observación, compuesta por psiquiatras, en las cárceles (Irak y Guantánamo) donde se vulneran los principios más básicos de los derechos humanos.

Ha sido para nosotros motivo de gran emoción conocer la Declaración de la Isla de Kos emitida por la Asociación Helénica de Psiquiatría en ocasión de su XVIII Congreso Panhelénico durante el cual el Prof. George N. Christodoulou fue nombrado presidente de esa sociedad científica, hecho auspicioso que contribuye a consolidar la democrática en su país.

Esta vigorosa declaración se ha formulado en relación con los últimos y deshumanizantes acontecimientos provocados por la guerra de Irak. No obstante creemos oportuno hacer notar que, justo a comienzos de ésta, nuestra Fundación FINTECO publicó en su medio de difusión, Neurociencias y Humanidades (Nº 8, 2002-2003), la siguiente proclama que, a decir verdad, resultó profética:

Manifiesto "FINTECO 2003" en pro de la paz mundial y en repudio de cualquier aventura belicista.

Fundación para la Investigación Interdisciplinaria para la Comunicación – FINTECO, Sociedad Miembro de la AMP

"Los errores ajenos no justifican mis errores"

Los últimos acontecimientos que se han suscitado en el mundo son, desde nuestro punto de vista, la escalada paulatina de grupos belicistas que dicen creer que la paz se puede encontrar ejerciendo la violencia.

Al contar con la confabulación complaciente, renuente y ficcional de los medios masivos de comunicación se ha embestido contra la humanidad pues los actos invasores y agresivos a ciertos Estados, en aras de una imaginaria lucha por la libertad, sólo han traído muerte de inocentes y destrucción de un patrimonio histórico y artístico que pertenece al mundo.

El supuesto argumento del terrorismo o temor por las armas biológicas de destrucción masiva, por el momento, sólo se ha visto proclamado por quienes sustentan hipotéticas razones basadas sobre la fuerza y exteriorizadas mediante los aspectos habituales de la discriminación racial y religiosa. Así, se establece una sutil dominación por otra de la represión y la reconstrucción de países destruidos por aquéllos. Y se gesta una paradoja: destruyo por un lado y, por otro, reconstruyo con pingües dividendos económicos y de sometimiento, con arrasamiento cultural y posterior transculturación.

Las continuas amenazas y provocaciones emitidas por esos "salvadores de la humanidad" a diversas naciones, creemos que sólo incrementan el peligro que corre la paz universal a la par que congregan más aun el repudio a nivel internacional.

Como argentinos que hemos sufrido muchos períodos oscuros y despóticos –porque la tiranía

siempre da rienda suelta a la destrucción de la cultura- deseamos levantar nuestra voz en la Asociación Mundial de Psiquiatría pues la AMP es ejemplo de pluralismo, templanza, ecuanimidad, seriedad, ética y de profunda raigambre democrática: porque queremos advertir y prevenir las aventuras de dominación planetaria. Deseamos, para la Argentina y para el mundo la convalidación de la libertad con responsabilidad porque la libertad es el único medio, la única herramienta, la única vía capaz de guiarnos hacia un mundo con mayor bienestar –por ende, con mayor calidad de vida en paz-.

A este manifiesto de FINTECO, Sociedad Miembro de la AMP, se adhieren la Sección de Mass Media y Salud Mental de la AMP, y la Sección Arte, Salud y Comunidad de la APAL".

Lamentablemente, en aquella oportunidad, nos hemos quedado cortos –pero tampoco nos era dable pronosticar lo que vendría: porque la divulgación de las terribles fotos de los maltratos infligidos con todo desparpajo y desprecio por la condición humana –así como lo que sucede en secreto en la base de Guantánamo, pueden dar lugar a una doble lectura:

- Por un lado, medios masivos de comunicación que desea desenmascarar la barbarie, el autoritarismo y el sometimiento a órdenes pretendidamente recibidas, de fuerzas de seguridad posiblemente mercenarias que, de ser así, son susceptibles de escapar a la corte marcial,

- Por otro lado, debemos llevar a cabo un minucioso análisis de estas informaciones para desentrañar la posible intimidación colectiva a la que puedan pretender esas fuerzas o que ese poder omnímodo decida infligirnos.

Hasta tanto se encuentre una solución a tan degradante situación, el lema que exclamaremos al comienzo de todo evento científico actual del que participemos, seguirá siendo NO A LA GUERRA, NO A LA DISCRIMINACION.

Asimismo, respaldamos plenamente la propuesta del Prof. Carlos E. Berganza en cuanto a constituir urgentemente una comisión internacional de observación, compuesta por psiquiatras, de la cual me ofrezco voluntariamente a participar.

Dr. Miguel Angel Materazzi
Profesor Consulto de la Universidad de Buenos Aires * Presidente – Fundación FINTECO, Buenos Aires.

HISTORIA DEL PSICOANÁLISIS EN LA ARGENTINA

Autora: Dra. Inés Josefina Puig*

Resumen

El objetivo del presente trabajo es brindar una mirada sobre las circunstancias que posibilitaron el arribo y germinación del psicoanálisis en la Argentina procurando articular el punto de vista dado por la Institución creadora (A.P.A.) con otras miradas, provenientes de investigadores críticos, fuera de ella.

Como toda historización es parcial y subjetiva. Trata de comprender el momento histórico tan peculiar y las circunstancias que hicieron de la Argentina un polo de desarrollo para toda Latinoamérica, y aún para el mundo, de una disciplina laboriosa, paciente y a veces muy difícil como es El Psicoanálisis.

Sus fuentes han sido la literatura existente, así como entrevistas con algunos destacados psicoanalistas de nuestro medio.

Abstract

The objective of this paper is to give a personal see sight about the psychoanalysis in Argentina; its origin, it's born and development during the last 60 years.

***Médica psiquiatra y psicoanalista. Coronel Díaz 1775. Buenos Aires. CP 1425**
e-mail: inespuig@intramed.net.ar

Introducción

Casi parecería que hablar de Historia del Psicoanálisis en la Argentina sería hablar de la historia de la Asociación Psicoanalítica Argentina, conocida, renombrada y para muchos querida (o a veces vapuleada) institución madre (como a menudo ocurre con las madres... lo sabemos bien).

Sin embargo, en los sesenta años que transcurrieron desde su fundación mucha agua ha corrido bajo el puente, y también varias han sido las corrientes que surgieron entre las personas que se dedicaron a su práctica.

Contrariamente a lo que se tendería a pensar, diferentes profesiones permitieron su ejercicio. En el comienzo fueron **médicos** aunque las esposas cultas de éstos recibieron también formación psicoanalítica; **filósofos, educadores**, luego, nuevamente **médicos y psicólogos** bajo la tutoría de aquellos.¹

1) Actualmente se encuentran autorizados para su ejercicio profesional los médicos y psicólogos que realicen la formación psicoanalítica en una Institución o Grupo reconocido, aunque es sabido que no existe una reglamentación clara al respecto, provenientes de los organismos de Salud Pública, como tampoco control y por lo tanto la práctica psicoanalítica ha florecido en un campo fecundo aún entre profesionales sin una formación adecuada que se llaman a sí mismos psicoanalistas y la ejercen sin que exista un seguimiento respecto de los conocimientos en juego, así como un psicoanálisis personal duradero.

Psicoanálisis: ciencia?, arte?, ambas cosas?...

Tratemos, por un momento, pensar cómo se gestó en nuestro país el crecimiento y desarrollo del Psicoanálisis particularmente en relación a los momentos históricos que acontecieron en el siglo XX y que afectaron a nuestro país y al mundo.

Tal vez fue por su posibilidad de ofrecer otra comprensión de los hechos acaecidos, quizá porque llama a la reflexión y ofrece una esperanza acerca de un futuro distinto o tal vez porque es factor social de culturización.

Sea por lo que fuere, el Psicoanálisis ha germinado en la República Argentina durante los últimos sesenta años aproximadamente.

A continuación brindaré una mirada personal sobre dicha historia a modo de breve compilación.

La Prehistoria

Se me ocurre comenzar con una pregunta: ¿cuál es la prehistoria del psicoanálisis en la Argentina?.

La respuesta parecería surgir rápidamente a través de las publicaciones más conocidas, como las referidas a los cuarenta y cincuenta años de psicoanálisis en la Argentina. Ambas historias de la A.P.A.

La prehistoria sería entonces la referencia a los "pioneros" del psicoanálisis o grupo fundador de la A.P.A.

Sin embargo, se puede reconocer un desembarco de la obra freudiana en el Río de la Plata, que es previo a lo antedicho y nos remite a los comienzos del Siglo XX. A continuación me ocuparé de algunos destacados precursores.

* Dra. Inés Josefina Puig - Médica Psiquiatra y Candidata de A.P.A.

¹ Aberastury, Arminda; Aberastury, Marcelo; y Cesio, Fidias "Historia, Enseñanza y Ejercicio legal del Psicoanálisis". 1ra. Edición. Editorial Escorpio, Buenos Aires, 1967, páginas 121 a 125.

JOSE INGENIEROS, argentino, conocido médico psiquiatra, filósofo, sociólogo, criminalista, docente, tenía antecedentes socialistas como Director del Semanario de izquierda **La Montaña**.²

Viajó a Europa para capacitarse y a su regreso intentó vincularse a la alta sociedad porteña e ingresar al Jockey Club. No fue aceptado como tampoco se le otorgó la Cátedra de Medicina Legal para la que estaba inmejorablemente preparado. Esto ocasionó su enojo con el Presidente de la Nación Roca, en una carta pública. Así, se exilió voluntariamente tres años hasta la muerte de Roca y luego regresó al país.

En 1904 publicó su libro "Los accidentes histéricos y las sugerencias" basados en las obras de Charcot y Janet. Aquí mencionaba a Freud y Breuer.

Ingenieros propuso por primera vez abrir consultorios externos en instituciones públicas para el tratamiento hospitalario de neurastenias, histerias y otras enfermedades mentales que no requerían internación. Decía que el **hospital público servía para la práctica y la enseñanza**.

En 1914 volvió al país y en **1919** su libro (modificado) "Histeria y sugerencias" daba mayor tratamiento a los aportes de Freud y se vendía repetidamente en varias ediciones.

Luego, abandonó su preocupación por la psicoterapia, escribió "**La locura en la Argentina**" y centró su interés en las demencias como fenómeno social. Se volcó a la izquierda nuevamente, a la sociología y a indagar la identidad nacional.

Mientras tanto muchos intelectuales argentinos iban y venían de Europa por esos tiempos (sobre todo París) y entre ellos crecía el interés por el inconsciente y los fenómenos oníricos.

JAMES MAPELLI. Venido de Italia practicaba la psicoterapia por los años 20 mediante una técnica propia llamada psicointervención, basada en el esquema de reflejos condicionados de Pavlov. Vinculaba la biografía del paciente a hechos traumáticos que originaron el síntoma. Tuvo un consultorio externo en el Hospital Pirovano, de Buenos Aires, ofrecido por su director Fortunato Canevari. Previamente había ofrecido sus tratamientos públicamente en teatros.³

Como no era médico, finalmente su consultorio del Hospital Pirovano fue cerrado y así Mapelli dejó de ejercer.

ANIBAL PONCE, Huérfano, argentino, egresado del Nacional de Buenos Aires, estudiante de Medicina hasta tercer año, abandonó la carrera para dedicarse a la investigación en psicología, fue docente del Instituto del Profesorado Secundario, colaborador de José T. Borda en el estudio de autopsias cerebrales de pacientes con P.G.P.⁴

En 1923 y 1929 viajó a París y recibiendo las noticias del psicoanálisis lo tomó de un modo cínico y prejuicioso (al decir de J. Balán).

Participó en la fundación del Colegio Libre de Estudios Superiores, que representaba a la intelectualidad laica por aquellos tiempos. Por su influencia fue que dicho centro no dio lugar al psicoanálisis en Buenos Aires.

JORGE THENON, Médico del Hospital Vélez Sársfield, (Buenos Aires) continuó la línea de Ponce aunque luego de la muerte de Freud ocurrida en 1939, algo cambió para él. El Colegio Libre de Estudios Superiores realizó un homenaje público al gran maestro y en 1940, Thenón coordinó dos cursos colectivos sobre Freud y Conferencias sobre psicoanálisis y medicina.⁵

Su pensamiento oscilaba entre apoyar a Freud y oponerse. Por ejemplo, por su tesis doctoral de 1930 fue aprobado por Ameghino (Profesor de Psiquiatría porteño) y recibió una carta elogiosa de Freud.

Otros psiquiatras como Juan R. Beltrán también citaban a Freud aunque procuraban unir, a la manera del sincretismo religioso, la teoría de la degeneración y el accidente histérico.

Fue, Thenón invitado a un intento fallido para constituir una Asociación Psicoanalítica (según cita Hugo Vezzetti).⁶

Este autor se dedicó tardíamente al estudio de la filosofía marxista. Por sus ideas fue expulsado en 1943 del Hospicio de las Mercedes y también por esta época se opuso frontalmente al Psicoanálisis sobre todo desde la creación de la A.P.A.

² Balan, Jorge: "Cuéntame tu vida". 1era. Edición. Buenos Aires. Editorial Planeta, 1991, páginas 51 y subs.

³ Balan, Jorge, op.cit., pag. 54.

⁴ Balan, Jorge, op.cit., pag. 55.

⁵ Balan, Jorge, op.cit., pag. 58.

⁶ Vezzetti, Hugo. "Aventuras de Freud en el País de los Argentinos". 1era. Edición. Buenos Aires. Imprenta de los Buenos Aires, 1996, pag. 181.

E. PIZARRO CRESPO. Otro joven médico, practicó el psicoanálisis y escribió acerca de él aunque su obra no es tan conocida ya que falleció a los 39 años en 1944. Practicó el psicoanálisis silvestre (sin entrenamiento específico) en su consultorio privado de Rosario y en el **Hospital Alvear** de Buenos Aires.⁷

Fue un precursor de la Medicina Psicosomática.

En síntesis, bastante ocurrió por nuestros pagos, previo a la fundación de A.P.A.

Los Pioneros

*“El domingo me fuí a la Sansala
me puse las alas, me sentí mejor,
porque oyendo un cantar de pioneros
me sentí más lleno de patria y amor”*

Silvio Rodríguez

Según el Diccionario Enciclopédico SALVAT: “**Pionero** (del inglés pioneer) es el que se adelanta a los demás en una exploración o en otra empresa. En algunos países socialistas, miembro de una organización juvenil que ofrece puntos de semejanza con los exploradores”.

Ambas definiciones caben al grupo de los fundadores de A.P.A., personas que si bien ya habían abandonado los años juveniles, supieron adelantarse al grupo predominante en la sociedad porteña de los “40” con la pasión propia de la juventud y con el interés de verdaderos exploradores. Se adentraron en las profundidades del psiquismo humano, guiando a las nuevas generaciones de psicoanalistas argentinos.

Corrían los años de la segunda gran guerra y los acontecimientos hostiles en el medio circundante local, así como la repercusión de tanta muerte en la Vieja Europa favorecieron el encuentro, la unión y el futuro establecimiento de una relación horizontal entre sus miembros que se mantuvo a lo largo de los años y posibilitó un crecimiento prolífico que llega hasta nuestros días.

Esta situación fue opuesta a la existente en la I.P.A., caracterizada por su verticalismo, desde su fundación.

El 15-12-42⁸ firmaron el **acta** de la Asociación Psicoanalítica Argentina: Angel

⁷ Balan, Jorge, op.cit., pag. 60.

⁸ Rascovsky de Salvarezza, Raquel y otros:

"Asociación Psicoanalítica Argentina 1942-1992"

Garma, Celes Cárcamo, Arnaldo Rascovsky, Enrique Pichon-Rivière, Marie Glas de Langer y Guillermo Ferrari Hardoy.⁹

La primera Comisión Directiva estuvo presidida por Garma; Secretario Científico Cárcamo y Director de Publicaciones Rascovsky, quien luego fundó la Revista de Psicoanálisis.

ANGEL GARMA

Nació en España (24-06-1904) en un hogar de vascos acomodados; a los cuatro años murió el padre asesinado en B.A. donde habían viajado sus padres. La madre se casó con el cuñado y así Angel tuvo dos medias hermanas, hijas de su tío.

El quedó en Bilbao con los abuelos. Estudió medicina para ser neurólogo y psiquiatra. Egresó en 1927 practicando con Gregorio Marañón, luego viajó a Alemania y una profesora de Berlín lo presentó en el Instituto Psicoanalítico de dicha ciudad.

Se analizó con Teodoro Reik y allí trabajó con F. Alexander, Th Benedek, M. Eitingon, O. Fenichel, F. Fromm Reithman, K. Horney, R. Spitz y tantos otros.

Conoció a Adler, Stekel, Jung y fue compañero de Paula Heiman.

1931, fue elegido Miembro de la Asociación Psicoanalítica Alemana y volvió a Madrid. Allí conoció a Dalí y García Lorca, entre otros artistas.¹⁰

1936, la guerra civil lo llevó a París donde se produjo el encuentro con Cárcamo.

En 1938, ante la inminencia de la gran guerra viajó a la Argentina revalidando aquí su título de médico en la Universidad de La Plata. Su tesis doctoral fue “Psicoanálisis de los Sueños”.

CELES E. CARCAMO

Nació en 1903 en La Plata y murió en 1990 en Bs. Aires. Hijo de padre español y madre argentina, provenía de una familia de médicos y profesionales de la salud, por la rama paterna y hacendados, por la materna.

Su trabajo fue la biología y su entretenimiento el periodismo.

Provenía de un hogar bien constituido, afectivamente, y de elevado nivel social; económico e intelectual.

(APA 50 años). Industria Gráfica El Libro, Buenos Aires, 1994, pag. 37.

⁹ Aberastury, Arminda; Aberastury, Marcelo; y Cesio, Fídiás, op. cit., pag. 27 a 33.

¹⁰ Mom, Jorge; Foks, Gilda S. de; y Suarez, Juan Carlos: "Asociación Psicoanalítica Argentina 1942-1982". Imprenta M. 1982, Buenos Aires,

Siempre mantuvo su interés por las tradiciones gauchescas, el campo, los animales y su gusto por el mate.¹¹

Esta idiosincrasia resultaba inusual para el ambiente psicoanalítico porteño.

Se recibió de médico en la Universidad de La Plata, que su padre ayudó a fundar.

Trabajó como practicante en el Hospital Militar, después se trasladó al Hospital de Clínicas en el Servicio de Mariano Castex y allí se conectó con J. Mapelli quien influyó en su interés por la psicoterapia.

Abrió un consultorio junto con su hermano, también médico pero se interesó por la neuropsiquiatría, medicina psicosomática y la homeopatía.

Viajó a Europa en 1936 con el apoyo del Ministerio de Relaciones Exteriores y con pasaporte oficial llegó a Francia donde tuvo un cargo ad honorem, para capacitarse en psicoterapia. Se trasladó a Viena y conoció a Anna Freud, Marie Bonaparte. Estudio psiquiatría en el Hospital Sainte-Anne. También conoció a J. Lacan.

Se analizó con Paul Schiff, médico y criminalista, quien luego de terminado la formación de Cárcamo se unió a la resistencia y fue detenido en un campo de concentración.

Cuentan sus discípulos, que la noche que Paul Schiff moría en Europa, Celes Cárcamo sin saber lo que estaba ocurriendo, soñaba con él en Buenos Aires.

Se casó con Ivonne, francesa, que lo acompañó a Bs. Aires.

Su trabajo de promoción fue sobre Psicoanálisis aplicado: "La Serpiente Emplumada".

La vida de Celes Cárcamo transcurrió entre la medicina y el humanismo, alejado de la política interna de la Asociación, donde nunca más (luego de su fundación) quiso aceptar un cargo.

A su regreso a Buenos Aires reanudó sus contactos con Garma y tuvo como uno de sus primeros pacientes analíticos a Ferrari Hardoy. Luego siguieron Luisa Gambier, A. Tallafiero, Arminda Aberastury y tantos otros que recibieron su humanitario trato.

ARNALDO RASCOVSKY

Nació en Córdoba en 1908. Sus padres eran rusos-judíos, liberales de izquierda, fue el cuarto hijo.

A los 7 años se trasladó la familia a Bs. Aires.

Fue particularmente influido por su hermano mayor Lucio quien lo orientó en la lectura de los clásicos griegos, literatura francesa (Anatole France) y rusa, especialmente Dostoievsky y Chéjov.

A los 14 años se recibió de bachiller y a los 21 años de médico con inclinación hacia la pediatría. En 1926 ingresó en el Hospital de Niños y en 1932 trabajó en el Servicio de Neuropsiquiatría y Endocrinología. Fue también miembro fundador de la Asociación Endocrinológica Argentina. A partir de sus lecturas de Jung, rompió con la pediatría clásica.

En 1937, organizó un grupo de estudio de la obra de Freud en su casa, los domingos y en 1938 se unió al grupo de Pichon Rivière. En 1939 inició su análisis con Garma.

En 1960, ocupó un rol protagónico en la fundación de COPAL, que luego diera lugar a FEPAL (Federación Psicoanalítica de América Latina).

Al grupo de los domingos por la tarde concurrían muchos de los que después fueron miembros de APA: su esposa Matilde Wencelblat, Luisa Gambier, Simón Wencelblat, Teodoro Schlossber, Flora Scolni, Ferrari Hardoy, Alberto Tallafiero, etc.

Desplegó una intensa actividad política a través de la Asociación y dadas sus netas condiciones organizativas también actuó fuera de ella, aun en los medios de comunicación.

Sus familiares más directos han sido continuadores de la tarea de Arnaldo, aún hasta nuestros días.

ENRIQUE PICHON RIVIERE

Nació el 25-06-1907 en Ginebra, Suiza. Hijo de padres franceses que emigraron al Chaco Argentino. Al fracasar en una empresa comercial se mudaron a Goya, Corrientes, donde su madre fundó el Colegio Nacional y la Escuela Profesional.¹²

Se interesó desde entonces y a lo largo de toda su vida por la sociología, la filosofía y el deporte.

A los 19 años viajó a Bs. Aires para estudiar medicina y se vuelca a la intelectualidad descuidando sus estudios y llegando al borde del alcoholismo. Conoció y trató a R. Arlt, C. Nalé Roxlo. Se unió al Comité de ayuda a la España Republicana, fiel a sus ideales.

Realizó escritos como crítico de arte para la Revista Nervio y allí creó una sección

¹¹ Balan, Jorge. op.cit., pag. 95 a 98.

¹² Vezzetti, Hugo, op. cit., pag. 278.

sobre psicoanálisis y comenzó su práctica en psicoterapia.

Por 1934 a 1936 trabajó como practicante en el Asilo de Torres. Al recibirse de médico en 1936 pasó a trabajar en el Hospicio de las Mercedes y se casó con Arminda Aberastury luego de un prolongado noviazgo.

Tuvo un grupo de estudio y difusión del psicoanálisis junto a su esposa, Arminda, y cuñado Federico Aberastury.

En 1938, se encontró con Arnaldo Rascovsky con quien continuó trabajando, surgiendo entre ellos un rico intercambio científico.

En 1940, comenzó a analizarse con A. Garma para su elección de Miembro Titular y Didacta, presentó un caso de esquizofrenia.

Falleció en 1977.

MARIA GLAS de LANGER¹³

Nació en 1910 en Viena, estudió medicina y mostró vocación por la psiquiatría. Pertenecía a una familia judía asimilada y atea de elevado nivel económico.¹⁴

En 1933 comenzó su análisis didáctico con Richard Sterba.

Desafiando a la madre luchó por su liberación personal y profesional a la vez que adoptaba una posición ideológica de izquierda.

Se casó con un católico pero su matrimonio duró poco. Por el momento histórico y por ser judía vio negado su acceso a un puesto hospitalario.

Volvió a casarse con un médico, Max Langer y juntos viajaron a España para acudir en auxilio de la república española, trabajando como anestesista junto a su marido en hospitales de campaña hasta fines de 1937.

De allí fueron a París, Checoslovaquia y escapando de los nazis desembarcaron en Uruguay. Pertenecían al grupo de judíos cultos que debieron abandonar todo y llegaron al Río de la Plata para salvar sus vidas.

M. Langer se contactó con Garma, a quien más tardíamente analizó (luego de la ruptura matrimonial de aquél).

Su analista dio la recomendación que completara sus controles, lo que realizó con Cárcamo y también con él efectuó su re-análisis, en 1946. Fue aceptada como didacta por su trabajo sobre "Historia de una mujer homosexual".

Marie Langer o "Mimí", la única mujer del grupo, la más joven desplegó una intensa

tarea psicoanalítica investigando particularmente sobre la sexualidad de la mujer.

Hasta su abandono de la Asociación y también del país (se exilió en México) continuó brindando su claridad para la asistencia y la docencia psicoanalítica.

GUILLERMO FERRARI HARDOY

Si bien contribuyó a la fundación de A.P.A. y participó en varios cargos directivos, a los pocos años emigró, radicándose en EU de América. Fue admirador de Wilhelm Reich y se alejó de la A.P.A.

Al decir de Balán (pág. 101 y 102) en realidad los fundadores de A.P.A. habrían sido solamente los cuatro primeros, quienes trabajaron previamente al acto de fundación aunque este autor considera que solamente dos fueron sus gestores: Rascovsky y Pichon Rivière que preparan el terreno para la llegada de los didactas.

Resumiendo: dos? cuatro? seis?... La cuestión es que la Asociación fue el resultado de la suma de esfuerzos de un grupo de personas convocadas para la tarea e intereses comunes.

¿O no es acaso ésto, un grupo operativo?...

Asociación Psicoanalítica Argentina

El grupo de los pioneros iniciales a los que se les agregaron Marie Langer y Ferrari Hardoy fundaron la A.P.A. el 15-12-1942. En el Acta aparecieron las seis (6) firmas de todos ellos. Y, funcionaron rápidamente, pocos meses después en su primera sede de la calle Juncal 655. Previamente, lo habían hecho en la casa de Cárcamo de la calle Perú.¹⁵

El día 15-12-42 Argentina se encontraba en estado de sitio. (Diario La Prensa).

Los fundadores eran adherentes y debían presentar un trabajo científico para ser promovidos a titulares y así lo hicieron dentro del plazo estipulado de un año.

Los adherentes serían personas analizadas, con el análisis didáctico finalizado y varios controles o supervisiones de su trabajo así como también alguna contribución científica presentada en la Asociación y debían ser aceptadas por los dos tercios de la Asamblea; tendrían voz pero no voto como los titulares.

¹³ A.P.A., 40 años, op.cit., pag. 16.

¹⁴ Balan, Jorge, op.cit., pag. 99.

¹⁵ Historia, enseñanza y ejercicio... op.cit., pag. 34.

El reconocimiento de la IPA debió aguardar que terminara la guerra y se produjo en el Congreso de Zurich, en 1949, donde fue aceptada como miembro integrante de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA).

Se dictaba Seminarios por la noche, que se fueron complejizando y así se creó el Instituto de Psicoanálisis, su primer Director fue Garma¹⁶, cargo que se designó en 1945.

Seis días después de su fundación se aceptó la ayuda del financista Francisco Muñoz y se creó al año siguiente la conocida "Fundación Francisco Muñoz", que brindó sostén y ayuda financiera durante un período muy prolongado.

INSTITUTO DE PSICOANALISIS

Se creó desde el inicio, tenía como función la capacitación y formación de futuros psicoanalistas en las tres áreas: análisis didáctico, controles y seminarios.

Respondía a la tendencia universal del creado por Ferenczi, en 1918.

El primer director de Instituto fue Garma.

En sus primeros estatutos no se exigía para ser miembro, la condición de médico.

Durante los años de la Ley Carrillo, A.P.A., debió cerrar sus puertas a los psicólogos quienes optaron por concurrir a los consultorios de psicoanalistas destacados que les brindaron grupos de estudios.

En 1956, siendo directora de Instituto Arminda Aberastury, se elaboró su reglamento.

En 1967, la reforma reglamentaria produjo un nuevo plan de selección de aspirantes.

En 1970, se suprimió con carácter experimental la calificación de aspirantes.

En 1971, se produjo la ruptura de un grupo de analistas, con los grupos **Plataforma**, filial argentina de Plataforma Internacional, con A. Bauleo y H. Kesselman, Marie Langer y E. Rodríguez, E. Pavlovsky y **Documento**, con Fernando Ulloa que nucleaba adherentes frenados a su progreso a miembros titulares.

En 1973, surgieron claramente necesidades de cambio.

En 1974, se dio a difusión. El Manifiesto del 74 a cargo de Madelaine y Willy Baranger y J. M. Mom, que prácticamente rige hasta nuestros días. Fue durante la gestión

del Presidente más joven de A.P.A., Jaime Szpilka.¹⁷

Está basado en el pluralismo y la libertad de cátedra.

Ese año se habían presentado dos listas por primera vez. El grupo disidente (y que se oponía a los cambios), liderado por el Dr. Horacio Etchegoyen, se nucleó en "Ateneo" hasta que en 1977 produjo la escisión de 38 miembros titulares, 26 adherentes y 70 candidatos, solicitando a la IPA el reconocimiento para una nueva Asociación que dio lugar a la formación de A. P. de B.A.

Sin embargo, pese a los cambios estatutarios, continuó la restricción a la entrada de psicólogos hasta 1987.

Merece especial distinción el nombre del Profesor Horacio Etchegoyen quien desde A. P. de B.A. fue elegido Presidente de la IPA en el 37 Congreso Internacional realizado en Bs.As. y (primero de Latinoamérica).

La escisión que dio lugar al nacimiento de A. P. de B.A. se produjo en el Congreso de Jerusalén, en 1978,¹⁸ en un clima reinante de paz entre los dos grupos.

Por esos tiempos los psicoanalistas habían comenzado a ser vistos en la Argentina, como "subversivos" y lejos estaban de necesitar un factor irritante que caldeara los ánimos a su regreso "al hogar", durante el proceso militar que padeció la Argentina desde 1976 hasta 1983.

LA DEPARTAMENTALIZACION DE APA

1. "Departamento de Niños y Adolescentes Arminda Aberastury".¹⁹

El psicoanálisis de niños fue incluido en los Seminarios desde los comienzos.

Se fundó en diciembre de **1974** y fueron sus pioneras A. Aberastury, Elizabeth de Garma y E. Susana Lustig de Ferrer.

Ha contado con la fecunda labor de sus miembros y participación de muchos colegas.

2. "Departamento de Psicosis Dr. Enrique Pichon Rivière".²⁰

Se fundó en 1978, luego de la muerte del maestro, siendo Presidente de A.P.A. el Dr. Mauricio Abadi.

Fueron sus primeros coordinadores destacadísimos psicoanalistas de fama nacional e internacional como: Jorge García Badaracco, E. Rolla y Enrique Zemborain.

¹⁶ APA 40 años, pág. 19

¹⁷ APA 50 años, pág. 137

¹⁸ Balan, Jorge, op.cit., pag.212.

¹⁹ A.P.A. 50 años, op.cit., pag. 211.

²⁰ A.P.A. 50 años, op.cit., pag. 213.

Sus integrantes han realizado un aporte creativo original que llevó al reconocimiento dentro del movimiento psicoanalítico mundial.

3. "Departamento de Historia del Psicoanálisis".²¹

Se creó el 24-06-80 durante la Presidencia del Dr. Carlos Mario Aslan. Surgió de la necesidad de historizar las líneas de pensamiento psicoanalítico y la evolución de dichas ideas.

4. "Departamento para la investigación psicoanalítica de la Familia y Pareja"

En 1982, siendo Presidente García Badaracco, un grupo de colegas de A.P.A. comenzó a reunirse interesados por la problemática familiar. El anteproyecto de fundación data del 13-12-82. Su trabajo comenzó el 21-08-84.

Se destaca la participación de Jorge García Badaracco, Raquel Zak de Goldstein, Oscar Czertok, Saverio Guzzo, Roberto Losso, entre otros.

5. "Departamento de Psicopatología, Dr. Arnaldo Rascovsky".²²

Si bien del tema de ocuparon de manera polémica desde los pioneros hasta nuestros días, su fundación corresponde al año 1985 gracias a la destacada pujanza de la Dra. Marta Bekei.

Existe también en A.P.A. una **Comisión para el Interior del País** que sistematiza la enseñanza de Candidatos, residentes en las provincias argentinas. Esta comisión, por su tarea de difusión prolífica del psicoanálisis en medios culturales dio lugar a la visita del Presidente de IPA, Adam Limentani, en 1981, a fin de interiorizarse de su acción.²³

Se temía que la fecunda labor de difusión del psicoanálisis diera lugar a la proliferación de analistas "silvestres".

Comisión de Informática

Esta Comisión facilitó la agilización de los datos y la mejor organización de la biblioteca y búsquedas bibliográficas para los socios.

Continúa desarrollándose como poderosa herramienta de investigación e intercambio científico.

Centro de Investigación y Orientación Enrique Racker

Se pensó en 1964 como destinado a promover la investigación científica del psicoanálisis en todas sus dimensiones y brindar asistencia y docencia a la comunidad.

En él funciona un elevadísimo número de grupos de investigación en la actualidad.

Amigos de A.P.A.²⁴

Permite el intercambio entre los miembros de la Asociación y el ambiente intelectual y cultural sensible y receptivo. Actores, escritores, cineastas, pintores, etc. han participado de sus reuniones. Ha tenido el honor de recibir la visita de Jorge Luis Borges entre otros muchos brillantes de nuestro tiempo.

El Lacanismo en la Argentina

Para hablar de Lacan en la Argentina hay que hablar de Oscar Masotta en Buenos Aires. Jorge Balán en "Cuéntame tu vida" nos dice: este intelectual, estudiante de filosofía, porteño, que no llegó a obtener su título universitario fue el reconocido principal difusor de las ideas de Lacan.²⁵

Allá por los años 50, escribía en "Contorno" una revista surgida de las márgenes de la Facultad de Filosofía y Letras. Aquí se nucleaba la nueva izquierda intelectual que leía a Jean Paul Sartre y abrevaba en el existencialismo.

Por estos tiempos y en este sector Freud quedaba de costado; algo parecido a lo que ocurría en París y fue justamente un francés marxista Louis Althusser que efectuaba una re-lectura de Marx quien legitimó a J. Lacan con su re-lectura de Sigmund Freud. Ambos, desde la corriente estructuralista que permeaba las ciencias sociales y la filosofía en esos tiempos.

Althusser reivindicó las lecturas de Sigmund Freud y terminó con la campaña antifreudiana del partido comunista francés acontecida durante la década anterior.

Así contribuyó al fervor psicoanalítico que se apoderó de París desde entonces, aún más tardíamente que en Buenos Aires.

Durante los años 60 en Buenos Aires, la intelectualidad y el ambiente cultural de vanguardia, se nucleaba alrededor del Instituto Di Tella, la calle Florida. Como dice el Profesor M. A. Materazzi: los artistas son intuitivos, perciben los cambios a su tiempo, quizás por eso mostraban mucho interés por las ideas lacanianas.

Anteriormente O. Masotta, L. Rozitchner, los hermanos Viñas, Ramón

²¹ A.P.A. 50 años, op.cit., pag. 205.

²² A.P.A. 50 años, op.cit., pag. 207.

²³ A.P.A. 50 años, op.cit., pag. 203.

²⁴ A.P.A. 50 años, op.cit., pag. 223.

²⁵ Balán, Jorge, op.cit., pag. 166 y sig.

Alcalde se psicoanalizaban y discutían temas psicoanalíticos en un grupo operativo coordinado por Alberto Fontana. Fue justamente en su clínica que se internó O. Masotta, al sufrir una crisis personal por el fallecimiento de su padre. Allí cambió de analista y se volcó a la lectura de Lacan por indicación (según su relato) de Enrique Pichon Rivière.

Proponía Masotta volver a Freud luego de leer a Lacan, hablando de un psicoanálisis distinto al que se enseñaba en la A.P.A. (por aquellos tiempos con una fuerte moda kleiniana). Criticaba a la Asociación y decía que el Freud de la A.P.A. era la transmisión de una técnica o la formalización de una teoría que no se preguntaba sobre sus fundamentos y alcances.

Así el Lacanismo comenzó con la intelectualidad porteña que se reunía en bares (el Coto en Viamonte y Florida y el Moderno en Maipú, vinculado por la Galería del Este al Instituto Di Tella). Se dedicaba a la filosofía y la cultura de vanguardia.

Para los psicólogos que frecuentaban la calle Florida, Lacan era la "rebeldía" a los conocimientos obtenidos en la Facultad, hablaba otro idioma, "sonaba" mejor que el inglés de los norteamericanos y se prestaba más para una postura antiimperialista.

De este modo comenzaron psicólogos y algunos médicos a llevar la enseñanza de Lacan a sus consultorios, generalmente en el barrio de Palermo.

Al decir de Isidoro Vegh (joven médico por entonces) Masotta enseñaba Lacan sobre todo desde la retórica, nunca llegó a enseñar la lógica y la topología. Daba clases en casas de otros, después en la suya cuando ya tenía muchos alumnos.

Hubieron dos experiencias de Lacanismo en Argentina, que marcaron un hito dentro de este movimiento.

Una, fue la llegada de los Mannoni, en 1972, analistas lacanianos franceses que mostraron su práctica, lo cual representó un camino más claro, para los médicos de nuestro medio.

La otra ocurrió durante la época de Cámpora: una Jornada del Instituto Goethe de homenaje a Sigmund Freud, en la Facultad de Medicina.

Estos dos acontecimientos fueron la base para la fundación de la Escuela Freudiana de Buenos Aires. Se propuso un acuerdo: los que se reunían tenían derecho al veto, a decidir quién entraba y quién no.

Sin embargo, esta escuela que pretendía no ser una Institución tuvo también

como tantas otras sus luchas de política interna. Había dos sectores: los que venían de la clínica y los que venían de la filosofía.

Masotta se fue a España y desde allí mandó una carta proponiendo que los analistas de la escuela, la dirigieran teórica y prácticamente. Nadie se animaba a contradecirlo por estos temas y en esos tiempos.

El grupo de analistas lacanianos de la escuela decidió viajar a París y consultarle a Lacan, quien insistió en la necesidad de re-análisis de los analistas y en marcar las diferencias entre jerarquías (como ocurría en la I.P.A.), pero que no excluía la necesidad de establecer grados.

La escuela continúa hasta nuestros días. Sin embargo han surgido otras, nuevas, múltiples escuelas de análisis laciano, muchas de ellas de enorme prestigio en nuestro medio.

Entonces, surge inmediatamente la pregunta: **¿serán tan malas las Instituciones?...**

El Psicoanálisis en el Hospital

Su inserción en el medio hospitalario fue previa a la formación de A.P.A. (consignado previamente en los capítulos de prehistoria y pioneros), tanto en los hospitales psiquiátricos monovalentes como en los generales.

Sin embargo merece especial mención la tarea que realizara en 1958 en el Hospital Borda el joven médico Jorge García Badaracco, que venía de París formado como psicoanalista.

Desde 1958 a 1965, García Badaracco organizó una residencia para médicos provenientes del interior del país o no residentes en Bs.As., que venían a formarse en psiquiatría y psicoanálisis para luego regresar capacitados a sus lugares de origen y ser así agentes propagadores de salud.

El Profesor Titular era Ramón Melgar, hasta 1963 y luego el Prof. Dr. Omar Ipar.

Los profesores de la residencia eran destacadísimos psiquiatras: Pereyra, Martínez Dalke e Ipar, entre otros, del campo psiquiátrico tradicional. Como psicoanalistas dictaban clases Pichon Rivière, Marie Langer, Bleger, Liberman, Morgan.

Tan elevado nivel académico dio lugar a la formación de destacados especialistas tales como: R. Doria Medina Eguía, J. Valls, M. Guiter, Aragonés, B. Montevecchio, J. Smolovich (quien trabajó en el Hospital Moyano).

Si bien no todos regresaron a sus hogares, sí cumplieron con la difusión de la buena psiquiatría y psicoanálisis a través de los cursos de actualización, seminarios, carreras de médicos psiquiatras, etc.

En la actualidad continúa la labor de estos profesionales, directamente o través de sus discípulos.

García Badaracco trabajó en el Hospital Psiquiátrico Borda hasta 1973 y luego renunció para dedicarse a la dirección de su comunidad terapéutica DITEM. Posteriormente desde 1997 regresó a los hospitales Borda y Moyano de manera honoraria, para coordinar grupos de psicoanálisis multifamiliar y enseñar su técnica.

Otro polo de desarrollo importante fue el trabajo de **Mauricio Goldenberg** en el Hospital **Aróz Alfaro, de Lanús**.²⁶

En 1956 abrió un modestísimo servicio de psicopatología. Para los años 60 la experiencia ya era un éxito.

Goldenberg se rodeaba de profesionales jóvenes a los que instaba a analizarse.

Fue el primer servicio de psicopatología que incluyó psicólogos en un hospital público. Tenía una orientación interdisciplinaria con participación de un filósofo, un lingüista y un antropólogo.

El servicio de Goldenberg se convirtió en un puente entre las facultades de Medicina y Filosofía y Letras.

Muchos de sus discípulos fueron continuadores de la tarea.

Mauricio Goldenberg perseguido por su ideología, debió emigrar del país durante los años del proceso militar. Actualmente vive en Caracas.

El Futuro

Hoy, en este Siglo XXI post-moderno y caótico, al entrar al tercer milenio, muchos creerán que el Psicoanálisis no se adecua a las necesidades **tecnológicas** y **tecnocráticas** imperantes, a la relación costo-beneficio que proclaman airadamente los planes de administración en salud, a los requerimientos de respuestas rápidas, inmediatas, breves que nos remiten a cierta cultura "**light**" que insidiosa y progresivamente fue instalándose en el país.

Sin embargo, mucho está por verse, ya que paralelamente al fenómeno más arriba descripto, el Psicoanálisis en la Argentina

continúa desarrollándose en las Instituciones Psicoanalíticas, Centros y también en la Universidad y en los hospitales públicos, particularmente, generando otra vez una alternativa distinta que desde su acción como factor de culturización y herramienta útil para el mejor conocimiento del alma humana, así como de las relaciones interpersonales, **podrá**, además de su acción terapéutica específica, contribuir también al mejoramiento de la relación médico-paciente, hoy en día, la **más útil y económica herramienta** para la prevención de los juicios por mala praxis médica.

Al decir de Joan Manuel Serrat "... no hay que confundir valor y precio...".

Psicoanálisis: Costo/Beneficio Alto? O bien, Costo = No tan Alto y Beneficio = Alto?.

La historia lo dirá mañana, puesto que como escribiera el poeta Antonio Machado:

"...Se hace camino al andar..."

Bibliografía

1. ABERASTURY, Arminda; ABERASTURY, Marcelo; y CESIO, Fidias. **Historia, Enseñanza y Ejercicio Legal del Psicoanálisis**. 1era. Parte. Editorial Escorpio, Buenos Aires, 1967, 141 págs.
2. BALAN, Jorge: "**Cuéntame tu vida**" - 1era. Edición. Bs.As. Editorial Planeta. 1991- 271 páginas.
3. GARCIA BADARACCO, Jorge: Entrevista. Bs.As., 1996.
4. MOM, Jorge; FOKS, Gilda S. de; y SUAREZ, Juan Carlos y otros: "**Asociación Psicoanalítica Argentina 1942-1982**" -Imprenta M. 1982. 176 páginas.
5. RASCOVSKY de SALVAREZZA, Raquel: "**Asociación Psicoanalítica Argentina 1942-1992**". Bs. As. Industria Gráfica El Libro, 1994, 251. páginas
6. VEZZETTI, Hugo. "**Aventuras de Freud en el País de los Argentinos**" - 1era. Edición. Bs.As. Imprenta de los Buenos Aires - 1996. 293 páginas.
7. ZITO LEMA, Vicente: "**Conversaciones con Enrique Pichon Riviere: sobre el arte y la locura**"-1ero. De. Bs.As., Timerman Editores, 1976.

²⁶ Balan, Jorge, op.cit., pag. 152.

ECOLOGÍA, BIOPOLÍTICA Y CONCIENCIA DE CLASE

LIC. ESTER COHEN

Nuestro momento histórico está signado por una supuesta oposición de clases pacificada por el Estado social, una estructura de clases invisible, de esta manera la teoría de la conciencia de clase pierde su base empírica.

Contribuyen a consumir esta visión los discursos emitidos por los medios de comunicación de masas, tales como la Teoría de la acción comunicativa de J. Habermas, el giro lingüístico de la cultura angloparlante con pensadores tales como R. Rorty, H. Putnam, D. Davidson, Searle, y los estudios poscoloniales de H. Babba, I. Walerstein, S. Zizek y otros, esta enumeración no pretende ser exhaustiva sino que intenta enmarcar en principio el planteo que sigue.

Las nociones que transmiten estos discursos constituyen de hecho el modelo de inteligibilidad de la modernidad, y desde éste es que se piensan las cuestiones relativas a la salud mental.

Para esta ponencia, mi idea es poner a consideración la siguiente hipótesis: las patologías actuales deben ser pensadas como padecimiento psíquico y como padecimiento social, es decir, el hospital psiquiátrico debe salir a la comunidad, dado que el sufrimiento no puede ser aislado en la cama del hospital, porque el sufrimiento se relaciona con cuestiones económico-sociales.

La perspectiva de análisis de esta problemática será el marxismo como herramienta conceptual que enmarca el uso de categorías teóricas tales como lucha de clases, conciencia de clase e interés de clase.

El planteo se hará desde “la vieja izquierda” o “generación metafísica” de la izquierda, designación irónica para quienes seguimos apoyándonos en las categorías sociológicas y filosóficas del marxismo para pensar las sociedades modernas.

Tomaré el concepto de ecología como similar a calidad de vida, y lo llevaré a la noción de condiciones actuales de vida en el capitalismo globalizado.

Dicha configuración epocal, implica a su vez, nuevas producciones de subjetividad y nuevas patologías. Las características más llamativas de este momento histórico son, por ejemplo: grandes masas de población excluidas del mercado mundial, condiciones cada vez más precarias de empleo, el auge del trabajo en el área de servicios, de informática, de organización, el control de la población como biopolítica (control total de los cuerpos), el progresivo desmantelamiento de los Estados nacionales, el supuesto fin del colonialismo, y fundamentalmente la subsunción real de toda la humanidad al capital,

haciendo del planeta una “fábrica difusa” –Negri- en la cual todos somos obreros sociales.

En esta esquemática descripción, creo que algo queda afuera, por esto el objetivo de esta ponencia es volver a poner en los términos del análisis la categoría teórica de conciencia de clase e interés de clase.

De manera tal que, los conceptos de calidad de vida, y salud mental, sean estudiados desde la perspectiva del interés de clase, donde cobran una nueva dimensión.

Las formas de vida producen una subjetividad, pero la emergencia de la clase está determinada por la relación con el capital. La idea central es el antagonismo capital/ trabajo, que en el actual régimen de fragmentación social y de acumulación, constituye patologías específicas.

La cuestión está puesta en la órbita del sujeto, y no en el marco de las contradicciones objetivas pensadas por una dialéctica tradicional. Aunque no se considera la producción subjetiva como opuesta a la realidad objetiva, tal como en un racionalismo cartesiano. Mi análisis se ubica en la línea del pensamiento de Nietzsche, Foucault, Deleuze, Negri, Agamben, en la cual, la subjetividad es pensada como un efecto de plegado, o estilo, o modo o manera de interiorizar lo que funciona como exterior.

A esta noción de modo, agregó que el modo de plegado depende del interés de clase.

El obrero social es el sujeto productivo de la fábrica global en la que se ha convertido el mundo siguiendo la lógica del capital.

La segunda cuestión que pongo a consideración, es tratar de pensar que es necesario hacer desde la práctica psiquiátrica frente a las problemáticas que planea la subjetividad pos-industrial, es decir, ante la nueva subjetividad que produce el trabajo inmaterial, en la cual, hay otro modo de apropiación del trabajo y del tiempo de vida ajeno, lo cual conlleva patologías que van más allá de la internación, traspasan las puertas del manicomio y aquejan a toda la población.

No se ha borrado el antagonismo capital-trabajo, pero se ha transformado radicalmente la relación del sujeto con la producción.

El tiempo de la vida está totalmente colonizado por el capital, a esta situación se denomina subsunción real. El trabajo asalariado o la desocupación en la actualidad, no sólo es una forma de explotación, sino una forma de reproducción de subjetividad. El control capitalista de la sociedad es total, o más, totalitario, determina una nueva composición de clase.

El discurso angloparlante con su giro lingüístico, y un análisis del poder estereotipado en una supuesta posmodernidad, han borrado el término clase de sus discursos.

Pero el antagonismo permanece bajo otra forma, la clase puede ser pensada desde una tesis no dialéctica, donde el sujeto histórico es leído como multiplicidad que deviene, es decir, difiere de sí en acto, y produce ciertos juegos de fuerzas, determinados por el interés de clase, o sea, ubicado, y no como una idealidad sin sujeto productivo, o en una objetividad del movimiento dialéctico mecánico de la naturaleza y la historia.

Por tanto, cómo pensar hoy el concepto de conciencia de clase como producción de subjetividad en esta nueva composición de fuerzas?

Planteo que es interesante repensar este concepto, excluido del discurso político, económico, inclusive del discurso psiquiátrico, en el cual se consideran las patologías que produce el desempleo, pero sin incluir este concepto.

Ante la derrota de las luchas, ante el desempleo, ante la marginalidad, la cuestión es cómo formular una posibilidad de resistencia.

Propongo que el resistir es la producción de un lugar de enunciación.

Desde el pensamiento burgués la historia es irresoluble, natural, neutral, el discurso de la modernidad sostiene el proceso civilizatorio contra un aparente oponente, que en realidad se encuentra en el mismo terreno teórico, dice que ha muerto el gran relato civilizatorio y que la historia se ha consumado.

Mi perspectiva, intenta abrir la cuestión a otro relato, con otras herramientas conceptuales: el sujeto histórico que se sabe dueño de su hacer historia como potencia de creación de sentidos. Esta idea no es nueva, es el gran hallazgo de Marx, pero se ha dejado de ver, de allí que la lucha ideológica de hoy consista en encubrir o revelar el carácter clasista de la sociedad.

El discurso vigente opone las figuras de ciudadano, individuo, ex-colonizado, sujeto universal e impasible a las de sujeto comunista, es decir, aquel que se determina en una organización comunitaria, tal como lo sostiene Spinoza en el 1600, con su idea de afirmación de la vida a través de un pacto social. Además el sujeto histórico es aquel que está ubicado en una clase, debido a que tiene un lugar en la organización del trabajo.

Por ello, vale la pena distinguir entre los conceptos de experimentación (científica) del de experiencia como creación de sentidos, por tanto, el lugar de la enunciación está determinado por el interés de clase, tal como lo enuncia Lukacs: la conciencia de clase es la atribución que cada sujeto hace de sí mismo de su lugar en el modo de producción.

El interés de clase significa: desde dónde se organiza la sociedad, es decir, es un término

relacional que supone un “de acuerdo con...”, de allí que la lucha de clases se entiende como: qué clase dispone, en un momento, de conciencia de clase.

Lo cual lleva a la idea de manera o modo, es decir: no es así, sino que ese es su así. O sea, no hay condiciones estructurales (ejemplo: pobreza estructural), sino que las condiciones están determinadas por la composición de fuerzas.

En la lucha de clases se determina una identidad, por lo cual, sostengo que un lugar de enunciación conforma una identidad, y esto lleva a un modo de resistencia que implica un posicionamiento diferente ante el padecimiento psíquico, desde el sufriente y desde el terapeuta.

La conciencia de clase supone grados de lucha y eficacia transformadora, implica devenir clase obrera en la lucha y no un mero haber nacido en ciertas condiciones sociales.

Por otro lado, el lugar de la enunciación está geopolíticamente marcado, la resistencia cultural implica tener y conocer el lugar propio de enunciación, lo cual no es semejante a la defensa de una etnia o minoría que sería un discurso funcional a la explotación capitalista.

La diversidad arma nichos de consumo funcionales al capital, en la economía de la exclusión, es necesario construir negativamente a otro. La alteridad no es natural, es producida en el discurso, el capital necesita armar identidades binarias, se hace operar a las diferencias culturales como naturales, las teorías pos-coloniales se equivocan de enemigo. Por tanto, sostengo que el armado de diferencias culturales oculta las diferencias sociales.

Actualmente la lucha se da por el control de la comunicación, o lucha por la liberación del sujeto de la comunicación, definido como: consumidor, público, cliente, en el mundo de la moda, la publicidad que crea un consumo de masa, que arma una identidad formulada como pertenencia a la imagen que da una marca comercial.

De allí que la clase obrera deba ser definida en la esfera de la reproducción social toda, más allá de la producción directa como tal, la fuerza de trabajo se halla completamente socializada.

El nuevo sujeto social de la lucha no es el marginal, sino que su marginalización es política, o sea, que hay una transformabilidad histórica de la composición de clase. Resistir implica potenciar la reestructuración de clase, sacar a la fuerza de la clase obrera de ser fuerza de trabajo subsumida a la producción de plusvalía.

La clase se construye, en su determinación política e ideológica, no viene con el nacimiento, no es natural, la existencia de la clase como identidad depende de la lucha, de la organización. El capital no es una cosa, es una relación.

La clase puede ser pensada como efecto de clase, o sea, como forma de combinación política no como un "grupo" o franja etaria.

El marxismo, como herramienta teórica nos da la posibilidad de descifrar criterios ideológicos que arman una subjetividad, por ello, es un arma para elucidar la relación salud mental y calidad de vida.

Pero no como una cuestión individual o de voluntad personal, no como cuestión psicológica, sino como capacidad de una clase social para realizar sus intereses objetivos específicos. Por esto el concepto de interés de clase se hace pertinente para pensar la problemática de la producción de subjetividad, sin ser una noción psicológica, dado que el interés de clase está situado en el campo de las prácticas, es decir, en el campo de la lucha de clases, supone los límites de la extensión de una práctica específica de clase.

Marx en La ideología alemana definió al interés de clase como los intereses comunes, como la realidad de la dependencia mutua de los individuos entre los cuales se divide el trabajo social.

De allí que, la ideología es eficaz cuando oculta a los agentes la extensión de su poder creativo y organizacional. La lucha supone salir de la impotencia, y comenzar a vernos como seres potentes, aquellos que tomamos la historia en nuestras manos.

Para cumplir este objetivo, la tesis marxista es pensamiento de la crisis, en el sentido de cambio, no la superación de las contradicciones.

La multitud actual, al decir de Toni Negri, el obrero social, es un concepto de clase, la multitud es el sujeto explotado en la producción. La clase obrera corresponde al trabajo industrial, a las nociones de pueblo y masa, la clase multitud concierne a la explotación del conjunto, el universal múltiple y singular. De allí que la teoría sobre la organización de las luchas sea la sistematización conceptual de las luchas del presente.

Se trata de considerar una definición afirmativa e inmanente de sujeto, donde la política sea una producción colectiva y no teleológica.

La clase obrero social no tiene que realizar ideales sino constituir una nueva sociedad. La introducción del concepto de conciencia de clase tiene el objetivo de circunscribir la subjetividad del sujeto, no como tesis "subjetivista" frente a un naturalismo ortodoxo, se trata de poner en marcha una subjetividad revolucionaria.

El interés de la polémica reside en hacer valer la especificidad irreductible del ser social en relación con el ser de la naturaleza, con el acento puesto en el carácter esencialmente mediatizado del trabajo de la subjetividad.

Por ello, me interesa el aporte de Lukacs, porque para pensar el padecimiento psíquico es necesario pasar de su concepción naturalista a

una concepción social, no es solamente tomar al marxismo y aplicarlo a la psiquiatría.

Si el sujeto es un simple agente del determinismo objetivo, se oculta la especificidad de la acción del sujeto en la inmanencia de la vida social. La naturaleza es una categoría social, implica una mediación social del sujeto cognitivo con la naturaleza. (Quizá este concepto de Lukacs recién en la actualidad sea comprensible en los términos de un marxismo leído desde Nietzsche como lo hace Negri)

La polémica en 1930, cuando salió Historia y conciencia de clase de Lukacs, era entre el marxismo mecanicista, objetivista, contra un hegelianismo, idealismo u ontología del sujeto.

Actualmente la dicotomía se da, como ya ha mencionado, entre los términos del cientificismo y el giro lingüístico contra las supuestas narraciones del ser.

Mi tesis ontológica intenta pensar la problemática de la subjetividad desde un materialismo inmanentista, donde más allá de las etiquetas, se ponga en práctica un gesto ético.

Valoro y rescato de Lukacs: el antinaturalismo para pensar el ser social, la historicidad de las categorías teóricas y la irreductibilidad de la praxis.

Finalmente, la ética de la psiquiatría, su contribución a la calidad de vida, es para mí, suponer al sufriente como otro de mí, un humano que momentáneamente ha perdido su capacidad de formular sentidos, recuperar esta potencia supone lograr constituir un lugar de enunciación, o sea, de resistencia.

BIBLIOGRAFÍA:

- Historia y conciencia de clase. G. Lukacs
- Un diálogo sobre el poder. M. Foucault
- Reflexiones sobre nuestro tiempo. A. Badiou
- La filosofía como arma de la revolución. L. Althusser
- El poder constituyente. Toni Negri
- Imperio. Toni Negri
- Trabajo inmaterial. Lazzarato y Negri
- Crisis de la política. Negri
- Diálogo sobre la globalización. Negri
- Poder político y clases sociales en el estado capitalista. N. Poulantzas
- Los anormales. M. Foucault
- Defender la sociedad. M. Foucault

Anexo: Art. Ética y salud, en prensa para Salud Mental, enfoque interdisciplinario, de Miguel Angel Materazzi.

FORMACIÓN DE RECURSOS Y COMUNICACIÓN MASIVA AGENTES DE SALUD FRENTE A LA DESINFORMACIÓN ESTRATÉGICA

Dra. Fabiana Materazzi

(...) En nombre del orden, una agitación salvaje y vacía de contenido; en nombre de la renovación, la más solemne predica a favor del orden; pasiones sin verdad, verdades sin pasión, héroes sin heroísmo, historia sin acontecimientos.

Karl Marx - 1852 - El 18 Brumario de Luis Bonaparte.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo intenta brindar un panorama sobre las implicancias de los mass- media y la salud mental en la formación de recursos durante la carrera de medicina estamos enmarcados dentro de procesos de globalización y desregulación y tomando como referencia al Dr. Materazzi, aspiramos el poder posicionarnos como agentes de salud /cambio en un espacio y no en un hiato, entre lo académico y lo humano. La medicina es ante todo una ciencia humanística (o al menos en sus orígenes) "primun non nocere" llega como ecos desde nuestros primeros maestros; los medios masivos son parte de nuestro diario vivir; parafraseando a Derrida podríamos llamarlos nuestros "espectros".

El espectro como su propio nombre los indica es la frecuencia de cierta visibilidad. Pero la visibilidad de lo invisible; y éste por su misma esencia, no se ve. Es también entre otras cosas, aquello que uno imagina, que cree ver y que proyecta en una pantalla imaginaria, allí donde no hay nada que ver... ni siquiera la pantalla. A veces, en el fondo, en el fondo que aquella se la vislumbra como una estructura de aparición desapareciendo... el espectro primero "nos ve"; sobre todo porque éste es acontecimiento... y ¿por qué no pensar así a los medios masivos de comunicación?.

No es el objetivo derivar en una diatriba sobre si son "buenos o malos". Los medios pueden hacer muchas veces de portavoz de las dificultades que atraviesan distintos sectores sociales, como potencializadores y acortando las distancias entre nosotros y los otros ; pero también puede de la misma manera adoctrinar, imponer, distorsionar y uniformar.

Múltiples razones son las que se interimplican en el desarrollo de una estrategia compleja, como lo demanda esta temática que constantemente hay que reevaluar activamente y ese es nuestro horizonte.

¿"TURISTAS DE LA DESOLACIÓN"?

Formamos parte de acontecimientos y estamos rodeados, casi "tetanizados" por ellos, ahora bien, ¿como no transformarnos en un mundo espectral?

Estamos inmersos en un mundo desgastado, pero en el que este mismo desgaste no cuenta. Lo que viene le ocurre al tiempo, pero no ocurre a tiempo. "Contra - tiempo" diría Derrida. Este desgaste en el crecimiento mismo no es la resultante de un proceso normal, normativo o normado, no es una crisis más, no es ya el fin de la ideología, una última crisis del marxismo o una nueva crisis del capitalismo.

El espacio público; el nuestro, el de ellos esta trastocado por los aparatos tecno-tele- mediáticos y por nuevos ritmos en la comunicación y la información; por sus dispositivos y por su celeridad. Se genera así una nueva estructura del acontecimiento y la espectralidad que ellos mismos producen , esta transformación no afecta solo a los "hechos" sino al concepto de tales "hechos", entonces la "lógica" pos moderna, desprovista de grandes proyectos, anula el futuro y reduce la vida a una suma de "hechos" pequeños.

El historiador Johan Huizinga describía como en la edad media algunas pinturas de Brueghel, el viejo, a través de las grandes comilonas no reflejaban sino la gran fantasía de las masas campesinas hambrientas... los medios masivos ¿se han transformado en nuevos depositarios de fantasías de lo que muchos desean? .Ya en nuestro siglo Felix Dzerzhinsky decía en pleno surgimiento de la URSS :“ los occidentales toman sus deseos por realidad; ¡vamos a darles lo que desean!”.

La negligencia ante el futuro asume la figura atrayente de pasión por el presente refiere el filósofo Martín Hopenhayn en su libro Ni apocalípticos ni integrados.

Hay una constante tendencia a confundir lo contingente con lo trascendente. Valores y disvalores entretejen un todo vale, un "todo es igual, nada es mejor" como Discépolo apuntaría en su "Cambalache" ... el nuestro.

No es una postura fatalista ... pero es una realidad de la que formamos parte y de la que forman parte los alumnos que llegan a medicina.

¿Qué entendemos entonces por una cultura massmediática posmoderna? Resuena en nuestros esta pregunta como ecos, ecos de una anómia del mundo.

“AFUERA ES SIEMPRE ADENTRO (Le Corvuisier) O ¿ADENTRO ES SIEMPRE AFUERA?”

Anteriormente hacía referencia a “turistas de la desolación” , pensándonos como aquellos albaneses que llegan a la costa del Mezzogiorno asediados por los derramamientos de sangre por un lado y publicidades sobre alimento de gato .Al respecto referían que al ver que le daban de comer en bandeja de plata a los felinos, entonces mucho mejor a ellos(?!).

Es algo de esto con lo que nos enfrentamos diariamente y aun más en tanto lo que recibimos como información científica para luego implementar terapéuticas para ayudar a nuestros pacientes. Es nuestra tarea discriminar sus discursos.

Paul Virilio en su libro El Arte del motor, hace un concienzudo análisis al respecto :¿cómo llegaría a este punto?.

Los medios industriales pasaron como el resto de la producción masiva, de lo necesario a lo superfluo al atolladero de la desregulación y de luchas intestinas feroces mientras desarrolla poder de denunciar, exhibir , mostrarse. Y justamente no es tanto ese el problema como en las condiciones que están de borrar, ocultar y omitir ;que constituye lo nodal de su poder.

Estamos ante una multiplicación anárquica de medios, la “popularización de zapping” y frente a la caída de los antiguos límites geopolíticos de nuestro campo de visión.

(...) Esas almas que ya no tienen ojos sino fosas oculares con las cuales escrutan, abren, conquistan; la visión perdida por la falta de la mirada indiscreta(...) ya en 1922 escribía Kafka.

Hagamos historia...

En su origen la mediatización era lo contrario de comunicación. Significaba, hasta el siglo XX literalmente ser privado de los derechos inmediatos (ejemplo de ello de Napoleón I)

Con el transcurso del tiempo y luego del segundo conflicto mundial armado, comienza la era de “Satelización” en la URSS y en donde las campañas militares se basaban en la velocidad y la sorpresa y

así se fue dando relevancia no tanto a saber a que distancia se encontraba la realidad transmitida como a que velocidad se muestra su imagen.

Nuestra capacidad de comunicarnos “ser en el mundo” va mutando.

La primer capacidad de adaptación al mundo en movimiento que nos rodea nos haría en otro momentos aptos para diferenciar entre nuestro medio ambiente inmediato y las representaciones que nos hacemos de el. La segunda capacidad de distinguir entre lo que creemos real y por lo tanto verdadero y lo que otra persona puede tomar como real y verdadero y gracias al lenguaje (visual, gestual, gráfico, etc.) ponernos en el lugar de esta otra persona.

Esto se transformó y dejó de dar vida al relieve social de lo real.

La visión militar pasa a la económica “derrotar a un adversario es menos capturarlo que cautivarlo”.... Llegamos a la mediatización mundial.

En este punto juega un rol fundamental la publicidad en el más amplio de los sentidos pero no dejamos de considerar que de ella se sirve la industria tanto de productos farmacéuticos como de productos del conocimiento a otros niveles más sutiles, la economía del futuro exige administrar el conocimiento.

Cada uno de nosotros estaríamos en promedio sometidos a más de mil quinientas manifestaciones publicitarias por día en forma ostensible, disfrazada o subliminales. La marca se apoya en un marketing de valores que faltan en las instituciones (1992. Anne Magnien Coproductora de Culture -Pub), llegando al extremo de enunciar que la publicidad no debe hacer vender sino crear actitudes.

¿Dónde nos deja ello en cuanto a agentes de salud? ¿En que nos transformaríamos?. Es nuestra responsabilidad, a mi entender concebir y practicar una resistencia sin ceder a la complacencia. Sin renunciar a nuestros “ideales” modelos intentando pensar y ponernos en marcha de otra manera frente a esta mediatización técnica que renueva la mediatización primitiva.

El poder radica en el complejo informacional como el arte del motor (P. Virilio) capaz de rimar la perpetua mutación de apariencias.

Al ir aumentando progresivamente la fuerza con que se liberan los medios, acerca estrepitosamente aquellos que permanecía oculto a causa de la distancia “reinventando una barbarie” (bárbaros extranjeros, que no hablan la misma lengua) con la celeridad ya no hay aquí y

allá sólo confusión mental de lo cercano y lo lejano, lo real y lo irreal; (...) como las mismas palabras, (ideas, saber, libertar) no tienen sentido por falta de un único testigo que lo reduzca al mismo denominador, ¿como habríamos a ver crecer a través de las filosofías de una sola filosofía? (Marleau-Ponty).

La perspectiva espacio-temporal es demolida como consecuencia de la celeración de las técnicas de comunicación.

La producción de una misión sin mirada no es en sí misma más que la reproducción de un intenso envejecimiento que se convertiría en una última forma de industrialización: la industrialización de la no mirada (P. Virilio. La máquina de visión Catedra-Madrid 1989).

“Desconectarse” es desinformarse. La desocupación, la anómia llevan irremediablemente a una ociosidad comparable a la de la riqueza o la enfermedad. Así los sobreexitantes son la prolongación de este sedentarismo. La inercia y la pasividad del hombre posmoderno exige un aumento de la excitación por medio actividades ya sea físicas o intelectuales que llevan a una ausencia de duración del tiempo cronológico.

FORMACIÓN MEDICA - SALUD MENTAL Y MEDIOS **¿QUÉ MÉDICOS PRO(POS) PONEMOS PARA ESTE MILENIO**

Asistimos como profesionales de la salud a un desequilibrio ecológico, no sólo del hábitat como a la regulación entre “cuerpo propio y mundo propio”.

La evolución tecno-científica no arremete hacia una especie superiormente equilibrada (haciendo la aclaración de no caer en el eugenismo de “raza superior”) apoyándose tanto en lo tecnológico como lo sociológico. La cuestión de la libertad está en el centro de las neurociencias. La pregunta es ¿hasta cuando podrá escapar del desorden de los sentidos?

¿Hacia que tipos de dependencias nos enfrentamos? ¿de posesión, de desposesión?

Se llegaría a un “meta-cuerpo” independiente de las condiciones del hábitat, en la medida que el espacio real pierda importancia en provecho del tiempo real de impulsos y múltiples estímulos (sin ir más lejos la creación del marcapasos o estimulador cardíaco que marca el ritmo vital).

La tentativa posmoderna es la de acelerar lo animado, como lo hizo con lo inanimado, la máquina.

¿Una nueva ideología sanitaria? ya no se observaría tanto en la conservación de la salud pública como en su mejora permanente ya no basta con vivir mejor sino más intensamente.

Para un biólogo, la excitabilidad es la propiedad fundamental de los tejidos vivos ... por extensión: ¿de lo viviente?, si ser es ser exitado, ser vivo es ser velocidad.

Tanto nosotros como profesionales y docentes, como los estudiantes, estamos inmersos en esta trama.

En los últimos treinta años ha sido sugeridas muchas reformas para el cuidado de la salud y por ende para la formación de sus cuidadores.

No obstante se recae sostenidamente sobre los síntomas más que en buscar las raíces de los problemas. Unos de los principales conflictos giran en torno de un detrimento de la medicina (y los médicos) en tanto clínica, humanista, solidaria e integradora frente a la ya referida anteriormente de la fragmentación. Y ya no solo, ni más ni menos, del cuerpo de las personas sino del cuerpo médico en tanto integrantes de un “sistema” de salud, no hay una visión comprensiva, abarcativa y enraizada en las necesidades de nuestra sociedad.

¿Es que todo se encuentra mercantilizado reducido a pensarlo en términos de costo –efectividad, en donde ya no solo se ve afectado la economía financiera, sino otros tipos de economía?

En este contexto, desde la facultad ¿qué tipo de profesional se forma?

Desde nuestro espacio:

Salud Mental (aspirando que sea “en”) desde el primer año de la currícula intentamos acompañar al estudiante.

La población que ingresa promedio una edad entre los 18 y los 20 años, de una clase socioeconómico cultural que podríamos llamar media. El número total ronda los 2000 alumnos.

Las comisiones de alumnos de salud mental son de aproximadamente 60. Implementamos técnicas que abarcan desde las clásicas teóricas hasta la utilización de medios como videofilm.

Posteriormente se realizan grupos de reflexión sobre lo desarrollado en la clase.

Se abarcan conceptos desde lo que es salud a prevención - familia - Entrevista Bioética etc.

Los resultados por momento son auspiciosos y otros (la más de las veces) alarmantes basta con relatar lo siguiente:

En una de las primeras clases se realiza un taller dado en llamar lúdico donde se implementan técnicas para utilizar otro lenguaje que no sea el verbal para expresarse.

Se utilizan frases de grandes pensadores de diversas áreas pero que tienen que ver en algún momento con la cursada (sin decir a quienes corresponden) y voy a referirme a algunas de las repuestas para reflejar el perfil de algunos de los estudiantes. Aparte de verificar la pobreza de recursos lúdicos para expresarse, frente a la frase "el hombre es un animal político" y a quién correspondía: - "Mariano Grondona" (conductor de programa de actualidad política - social)era su respuesta. "Todo encuentro casual es una cita"... "Gerardo Romano"(actor).

La piedra fundamental que tenemos como meta a transmitir ante los estudiantes es, citando al Dr. Materazzi, (...) no aceptar pasivamente lo que masivamente tratan de imponernos...en última instancia hacer visible lo esencial. Poder entrar y salir de los escenarios cambiantes que propone la vida adaptándose activamente y participar de las propias crisis y las del contexto.

1-APORTE CREATIVO.

2-PLASTICIDAD PSICOLÓGICA

3-PARTICIPACIÓN.

Criterios de Salud.

CONCLUSIONES.

¿QUÉ NOS QUEDA ANTE LAS COBERTURAS HOMOGENEIZANTES? ...¿CHARLAR?

Nuevamente parafraseando a Jorge Luis Borges " no nos une el amor sino el espanto, será por eso que te quiero tanto".

Es una responsabilidad compartida el de formar y no deformar a un médico y justamente teniendo en cuenta lo referido en todo el desarrollo del presente trabajo.

Estamos corriendo el riesgo de hacer polvo lo que hace visible la existencia.

La fusión es un hecho y confusión es perfecta,

La información como relieve de la sociedad y por ende en el ámbito médico.

Todo llega sin que sea necesario

Pascal escribía "(...) nuestros sentidos no perciben nada extremo. Demasiado ruido nos ensordece. Demasiada luz nos deslumbra las cantidades extremas son nuestras enemigas. Ya nos sentimos, "sufrimos".

Estamos asistiendo a una crisis comunicacional, social, política, cultural y económica en donde los medios no son parte del complejo entramado de transformaciones.

Nuevamente enfatizo que el "problema" estaría en la construcción y recepción de los mensajes que transitan los medios más que los medios en sí.

Si hay algún acceso a la Verdad, no lo hay más que por la puerta que nos habré la ignorancia, la cual es a la vez camino, el portero y la puerta... de ahí que quien tiene tal convencimiento tiene algo de asno y participa de esa idea (nos transmite la Cábala)

Es el asno el símbolo de la sabiduría de los sefirotas, tiene un carácter ambiguo y ambivalente. Habría una sanidad positiva enmarcada en el momento y la acción y otra, la negativa que está representada por la espera pasiva y el estancamiento en la inmovilidad (que puede aparentar exceso de movimiento)

Esta última se detenta en dos pilares: el escepticismo y el pedantismo como escribiera G. Bruno. El primero como una especie de ignorancia por la que siempre se esta dudando y jamás se osa a decidir o definir. El segundo como falso saber o ignorancia que no se reconoce como tal engañada por una apariencia de saber o por el error.

Una existencia humana marcada por el estancamiento la pasividad y la fijación es contradictoria con la realidad natural, de la que sin embargo es parte.

Por momentos pareciera ser el apogeo del ilusionismo, el del Robert Houdini, que a cometía contra la capacidad innata de distinguir entre lo real y lo que cree real y verdadero y le hace creer, en lo que nunca existió...creer en la nada... hay resquicios que son su contrapunto.

Entonces ¿Queda solo charlar?

Bibliografía

- 1) Los Massmedia y la Salud Mental - M. A. Materazzi, M. C. Franconi - De. Salerno- Bs.As. 1997
- 2) Psicología de la conducta - José Bleger - Ed. Eudeba - Bs.As. 1964
- 3) Salud Mental: Enfoque Transdisciplinario - M.A. Materazzi y colab. - Ed. Salerno Bs.As. 1996.
- 4) El arte del motor P. Virilio - Ed. Manantial - Bs. As. 1996.
- 5) El Imperio de lo Efímero - G. Lipovetsky - Ed. Anagrama - Barcelona 1994.
- 6) La Condición Post Moderna - J. F. Lyotard - Ed. Planeta- Bs. As. 1993.
- 7) Navegaciones - A. Ford - Ed. Amorrartu- Bs. As. 1996.
- 8) Diario Clarín Dic. 1997 "La Economía del Futuro..." P. Drucker - Bs. As.

“El Significado de los Rasgos Obsesivos de Personalidad en la Vulnerabilidad y Pronóstico de la Esquizofrenia”

Prof. Dr. Vicente Felipe Donnoli, Profesor Adjunto del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA. Jefe del Servicio 15, Centro de Investigación Clínica y Psicopatológica en Esquizofrenia (CICPE) del Hospital José T. Borda. Miembro titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

Dr. Matías Bonanni, Médico Psiquiatra, miembro del CICPE

Dr. Pablo Cristiani, Médico Psiquiatra, miembro del CICPE

Ramón Carrillo 375. Buenos Aires. República Argentina.

Tel/fax: 4867-1416. E-

mail:vfdonnoli@hotmail.com

Agradecimientos: a las Lic. Rosana Casella y Karina De Carlo por su colaboración en la administración e interpretación de las técnicas psicológicas y neuropsicológicas

Resumen: En este trabajo sobre esquizofrenia se plantea la relación existente entre los síntomas negativos denominados deficitarios, el deterioro cognitivo atribuido a la enfermedad y los rasgos de personalidad dentro de una población de enfermos varones esquizofrénicos de evolución crónica y de internación prolongada. Se encuentra que en el grupo de pacientes que presenta menores signos deficitarios y de deterioro cognitivo están presentes rasgos obsesivos de personalidad. La presencia de dichos rasgos plantea un elemento importante en la evaluación del pronóstico y de la vulnerabilidad a sufrir la enfermedad. Al respecto habría que confirmar en estudios posteriores la posibilidad de que los rasgos obsesivos de personalidad actúen como factores “protectores” ante el deterioro cognitivo y los síntomas negativos deficitarios.

Palabra Clave: Esquizofrenia – Deterioro Cognitivo – Síntomas Negativos – Rasgos Obsesivos – Pronóstico – Vulnerabilidad.

Summary : In this study on schizophrenia, we raise the issue of the existing relation between negative symptoms (also called symptoms of deficiency) cognitive impairment attributed to the illness and personality features, in a population of cronically ill, long-term hospitalized men. We found obsessive personality features were present in the group of patients which presented fewer signs of deficiency and cognitive impairment. The presence of these features constitutes an important element in the evaluation of prognosis and vulnerability to suffer the illness. Therefore, further studies should be carried

out to confirm the possibility that obsessive features, act as a factor of protection from cognitive impairment and negative symptoms of deficiency.

Key Words: Schizophrenia – Cognitive Impairment – Negative Symptoms – Prognosis – Vulnerability.

Introducción:

La patología esquizofrénica es muy compleja, y así lo refleja la heterogeneidad de su presentación clínica. Esta diversidad en las manifestaciones se apoya naturalmente en las diferentes variantes que se presentan en la interpretación de la etiología de la enfermedad:

- 1) Existe un trastorno único que se manifiesta de diferentes formas.
- 2) Existen varios trastornos con manifestaciones propias y diversas.
- 3) Cada manifestación clínica se debe a la compleja interrelación entre trastornos diversos.

El estudio de esta interrelación entre las diferentes alteraciones es una fuente de datos útil para elaborar, tanto modelos teóricos etiopatogénicos, como estrategias terapéuticas y pronósticas. En este caso, con el objetivo de estudiar el pronóstico de gravedad y la capacidad de rehabilitación se evalúan: las características de personalidad, los síntomas, y la capacidad cognitiva.

Ya la psiquiatría clásica se preguntaba acerca del papel que cumple la personalidad del paciente con esquizofrenia. Una de las primeras descripciones de la personalidad relacionada con la esquizofrenia (Hebefrenia) fue la de Kahlbaum (28) en el siglo XIX. Los *heboides* de este autor presentan trastornos en las áreas de los sentimientos sociales, del tacto, y del comportamiento. A partir de esta consideración, la relación entre la enfermedad esquizofrénica y los trastornos de personalidad ha sido considerada de diferentes formas a lo largo de la historia. La principal dificultad al respecto la constituyen los límites entre personalidad y enfermedad. Así es como por un lado se cuenta con la posición de Jaspers para quien la personalidad no cumple ningún papel en el proceso esquizofrénico, y de Ewald para quien a la personalidad esquizoide se le debe agregar un proceso psicótico para que así se transforme en esquizofrenia. Por otro lado está el modelo de Kretschmer según el cual la personalidad esquizoide guarda una relación de intensidad menor, dentro de un continuo, con la enfermedad; se trata de una personalidad particularmente vulnerable que al

ser sometida a un estrés reacciona con un cuadro clínico de psicosis. Por su parte, para Kraepelin la personalidad anormal es un estadio previo evolutivo a la enfermedad esquizofrénica.

Este viejo debate se actualiza en la polémica actual acerca de la relación entre el Eje I y el Eje II del DSM IV, y no sólo en lo referente con la esquizofrenia sino también con el resto de las patologías que conforman el Eje I.

La psiquiatría actual tiende a considerar a la personalidad esquizoide como formando parte del espectro o continuo esquizofrénico en una posición de grado previo a la enfermedad. Los rasgos esquizoide-esquizotípicos de personalidad pre-mórbida se encuentran con mayor frecuencia en la esquizofrenia que en los desórdenes afectivos (14). Según otras concepciones, los esquizotípicos forman parte del síndrome borderline con características similares a la *esquizofrenia latente* (52). Además, los esquizotípicos pueden ser incluidos en la *esquizofrenia pseudoneurótica* (21), y en la *esquizofrenia ambulatoria* (31). Los rasgos esquizotípicos y la esquizofrenia tienen características en común (52). Siguiendo un criterio práctico, los desórdenes esquizotípicos, esquizoafectivos y paranoides pueden ser considerados dentro del espectro esquizofrénico (34). La personalidad anormal aparece como una extensión de la parte fundamental del fenotipo para la esquizofrenia. La esquizotipia es una variante de la esquizofrenia (40).

Existe una tendencia, además, a considerar determinados elementos clínicos ligados estrechamente con la esquizofrenia, los síntomas negativos, con las características esquizoide – esquizotípicas (aislamiento y deterioro de la función social) de personalidad (18) (31). En trabajos anteriores hemos sostenido la relación directa entre rasgos de personalidad esquizoide – esquizotípicos con aspectos esenciales de la patología esquizofrénica, en particular con los síntomas negativos (8).

Las características personales esquizoides pueden ser englobadas dentro de una entidad denominada *esquizoidismo*, el que conforma un cuadro clínico cercano al de la esquizofrenia, una especie de forma frustra que surge de un genotipo compartido con la enfermedad desarrollada plenamente (46). El esquizoidismo como continuo es desarrollado, también, por Eysenck (11) en su concepción de la dimensión de psicoticismo (normalidad – anormalidad psicótica). El esquizoidismo es, entonces, un cuadro clínico incompleto de esquizofrenia y cuya descripción se basa en las siguientes características personales:

- a) faltos de expresividad emocional
- b) distantes
- c) evitan los contactos sociales

- d) inclinados a la introversión
- e) tienen preferencia por la fantasía privada

En definitiva, aunque no se han precisado estrictamente sus límites debido, aparentemente, a los diferentes puntos de vista en su estudio, los rasgos o características esquizoides son los que se destacan, históricamente, en la consideración clínica y psicopatológica. No obstante esto, se encuentran otros rasgos de personalidad que no pertenecen al espectro esquizofrénico y que se relacionan de alguna forma con la enfermedad. Los estudios actuales de comorbilidad sobre patología de personalidad dan cuenta de que los trastornos esquizotípicos de personalidad se superponen con uno o más desórdenes de personalidad diferentes. (25). Por otra parte, existe una asociación entre rasgos esquizotípicos y obsesivo compulsivos (38)(35).

Las características de la personalidad plantean solo un aspecto de la heterogeneidad de la esquizofrenia, el resto de elementos clínicos detectables son las dimensiones de síntomas:

- 1) Síntomas psicóticos positivos
- 2) Síntomas Negativos
- 3) Síntomas de Desorganización (36) (19)
- 4) Deterioro en el funcionamiento social e interpersonal. (55) (33)
- 5) Defecto cognitivo de diverso alcance. (16)

La importancia de los síntomas negativos.

En el intento de señalar los límites de la esquizofrenia dentro del espectro del que forma parte, los síntomas negativos aparecen como principal representante del proceso patológico esencial, debido a su mayor estabilidad en el tiempo comparados con los síntomas positivos, y a su relación con un pronóstico malo (44)(47). Por otra parte, los síntomas negativos aparecen como los más importantes productores de discapacidad social.

Los síntomas negativos no forman una unidad, la aplicación del análisis factorial a los estudios realizados con la escala SANS, determinó que los síntomas negativos pueden ser separados en tres dimensiones: apatía-anhedonia, obtusión, y alergia-inatención (Sayers, citado en (42)). Por otra parte, desde Carpenter se diferencian los primarios o deficitarios de los secundarios a diversas causas (5).

Esta heterogeneidad se la observa, no sólo en la fisiopatología y en la etiología, sino además en la relación que mantiene con los signos de déficit cognitivo.

En este estudio priorizamos la evaluación de los síntomas negativos primarios y duraderos (no los secundarios al tratamiento

farmacológico) porque son los que ensombrecen el pronóstico y perjudican las posibilidades de rehabilitación.

Los síntomas negativos “duraderos” son los comprendidos dentro de la *subescala de síntomas negativos* de la escala PANSS (29):

- 1) aplastamiento afectivo
- 2) retiro emocional
- 3) aislamiento social pasivo-apático,
- 4) trastornos de la voluntad, comprendidos dentro de la *subescala de Psicopatología General*.

Todos con un nivel de severidad de “moderado” o más (puntaje de 4 puntos o más).

La escala PANSS otorga un puntaje de 1 a 7 para cada síntoma, desde ausente [1] a grave [7].

Las características de estos síntomas y sus repercusiones ponen en un primer plano su relación con los rendimientos cognitivos. Al respecto, no está claro si los pacientes en los que predominan los síntomas negativos primarios tienen alterado un patrón neuropsicológico específico, o simplemente padecen de un mayor grado de deterioro cognitivo global que se hace evidente en las tareas o pruebas de mayor dificultad durante la evaluación neuropsicológica. De todos modos, todavía no es posible diferenciar claramente los síntomas negativos de algunos signos de deterioro cognitivo, por lo tanto, es inevitable la tendencia hacia una consideración conjunta de ellos. Sin embargo, es de destacar que la observación separada de esos signos y síntomas tiene importantes repercusiones tanto teóricas como prácticas. Por ejemplo el deterioro de las funciones de los lóbulos frontal y parietal (funcionamiento intelectual), y el respeto de las funciones que dependen del lóbulo temporal (memoria verbal). (3) (48) (17)

Los síntomas negativos muestran una variabilidad individual que se pone de manifiesto, entonces, en la relación que mantienen con el funcionamiento cognitivo Cuadro 1.

Por otra parte, la variabilidad individual también se observa en los síntomas negativos secundarios, en particular cuando se trata de pacientes que se encuentran en una prolongada internación. A primera vista, la “institucionalización” aparece como un factor determinante de un mayor deterioro, pero, los pacientes crónicamente internados muestran diferencias en este aspecto. Pacientes que comparten una idéntica condición institucional muestran una variabilidad individual en la duración de los síntomas deficitarios (48).

Consideramos, entonces, que la heterogeneidad de los síntomas negativos

puede estar basada, entre otros factores, en características de la personalidad individual de cada paciente que se manifiesta tanto en su duración, como en la relación que mantienen con los signos de deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo de la esquizofrenia

La importancia de este estudio radica en el valor que se le adjudica:

- 1) en la discapacidad social que determina, junto con otros problemas de la vida cotidiana del paciente (2)
- 2) en el valor que se le otorga a la mejoría cognitiva mediante los tratamientos de rehabilitación (2).

En los parámetros a tener en cuenta dentro del funcionamiento comunitario, que presentan los esquizofrénicos, la competencia o aptitud social es considerada fundamental (2). La aptitud social aparece asociada con varios parámetros o consideraciones cognitivas: en particular con la memoria verbal y la atención (Green, citado en (2)). Se considera que existe una relación entre memoria verbal y la solución de problemas sociales; una relación entre habilidad – destreza social (“skill”) y la respuesta al entrenamiento de la destreza social. Además de la relación entre memoria verbal y el procesamiento de información visual (Corrigan, citado en (2)). También, se observa que la reducción en la “working memory” limita al paciente socialmente (por ejemplo: entablar una negociación, resolver problemas sociales) (15). Para el funcionamiento social es fundamental, también, la consideración de la relación afectiva del paciente con su medio. Al respecto, y en relación con el deterioro cognitivo, un tema interesante es el que se refiere a la percepción del afecto. Parece que los esquizofrénicos tienen un déficit generalizado, más que específico, en la percepción de afectos (20). Este signo cognitivo se entrelaza con el síntoma negativo de la falta de empatía.

Con respecto al origen del defecto cognitivo en la esquizofrenia, el modelo del “neurodesarrollo” aporta evidencias de que muchos pacientes esquizofrénicos adultos, sufrían de déficit atencional, déficit cognitivo, y anomalías neuromotoras ya en la temprana infancia (7)(56)(57)(27).

Para la pregunta sobre si el deterioro cognitivo del paciente adulto se trata de una amplificación cuantitativa de estos defectos de la infancia ó el mismo involucra cambios cualitativos (sugiriendo de esta forma que se suma la patología en nuevos sistemas neurales “adultos”), aun no existe una respuesta concluyente. Hasta ahora, se puede

decir que en el esquizofrénico adulto existen 2 (dos) tipos de deterioro cognitivo:

- 1) el que está presente desde la infancia,
- 2) el o los que surgen relacionados con la presencia de síntomas psicóticos (positivos), es decir el clásico defecto "pos brote".

La presencia de un defecto cognitivo temprano sugiere que el concepto de "funcionamiento premórbido" debería dejarse de lado, para considerar en su lugar un período "prepsicótico" ("pre-positivo"?), ya que hay evidencias "mórbidas" previas. Dichas evidencias de trastornos cognitivos se entrelazan con los síntomas negativos y con los rasgos de personalidad esquizoides esquizotípicos. Una posible interpretación sobre dichas manifestaciones es que las mismas no son otras que las maniobras de adaptación al mundo con herramientas marcadas desde el inicio de la vida por insuficiencia en la capacidad de organización de los estímulos (9).

La existencia de dos posibles fuentes de deterioro cognitivo: el relacionado con el inicio de la vida, que implica una susceptibilidad a desarrollar la enfermedad ¹, y el que es producto de la propia enfermedad; arroja sobre el tapete el tema que se refiere a la interrelación entre ambos tipos. Esto es la posible relación entre la insuficiente capacidad de organizar los estímulos (la susceptibilidad) y el deterioro vinculado con la expresión de los síntomas positivos durante los sucesivos "brotes". En otras palabras, la insuficiencia cognitiva básica que marca el desarrollo personal del paciente esquizofrénico varía en un sentido individual cuali y cuantitativo luego de estar expuesto a los síntomas positivos psicóticos ("brotes"). *En este proceso, entonces, existe una relación estrecha entre la cognición, la personalidad propia y los síntomas de la enfermedad.*

Al respecto, consideramos aquí que la enfermedad es producto de un desarrollo durante el cuál se produce una articulación entre la disposición genética y las conexiones neurales que son producto de los estímulos ambientales. Desde este punto de vista en los rasgos de personalidad encontramos tanto el deterioro cognitivo congénito (compartido con sus cosanguíneos) como la variación cualitativa individual. Por otra parte, los síntomas aparecen como producto o el intento de adaptación del sujeto al mundo real con las capacidades (cognitivas y del resto de la personalidad) de que dispone. Es decir, que deterioro cognitivo, personalidad, y síntomas forman parte de un conjunto clínico-

psicopatológico, cuyos elementos en común se trata de discernir.

Material y métodos.

El presente estudio se realizó en el CICPE, en el servicio N 15 del hospital Borda.

La población seleccionada se compone de pacientes masculinos, de internación prolongada, con diagnóstico de esquizofrenia según los criterios del DSM IV.

Dentro de los criterios de exclusión de la muestra se cuentan: antecedentes de alcoholismo, epilepsia, abuso de sustancias, oligofrenias, enfermedades oftalmológicas y otras patologías que disminuyeran la capacidad perceptiva pudiendo sesgar la muestra, también se excluyeron aquellos pacientes con enfermedades deteriorantes como diabetes, o pacientes medicados con fármacos que no fueran exclusivamente para el tratamiento de su enfermedad psiquiátrica de base.

Se realizaron entrevistas de detección y confirmación de diagnóstico con elaboración de las escalas PANSS, siendo éstas por triplicado sin cruce de información entre los entrevistadores hasta obtenidos los resultados de toda la muestra.

Luego se aplicaron las técnicas de Rorschach, Wisconsin, Weschler y Bender a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Se registró abandono del estudio o exclusión de aquellos pacientes que no toleraron el estrés de las pruebas en su totalidad y en el tiempo estipulado.

Como diseño del protocolo se estipularon períodos de tiempo entre las distintas tomas. Las PANSS se realizaron con una separación temporal de quince días en cada paciente. Una vez finalizada esta fase se administraron los tests, tomando la totalidad de la batería en una única entrevista. Este diseño respondió a la intención de disminuir la posibilidad de que factores del medio o de la enfermedad pudieran modificar el estado del enfermo si se extendían los tiempos de separación intertest. Buscando una mayor fidelidad y precisión en los resultados.

Resultados

Se ha tomado una muestra de 42 pacientes esquizofrénicos internados con un promedio de edad de 40.

De estos pacientes solo 15 han logrado cumplir con los tests y entrevistas requeridas para la evaluación. La exclusión de los pacientes se dio en su mayoría por negativismo o incapacidad por su estado clínico para continuar con la batería completa de tests en el tiempo programado por el diseño del estudio.

Como resultado de las pruebas se han detectado diferentes rasgos de personalidad: obsesivos, fóbicos, esquizoides, narcisistas, paranoides, esquizotípicos, autistas.

Las características esquizoides y esquizotípicas se encuentran en el 80 % de los pacientes (N:12), el 20 % restante se distribuyen en: 1 paciente con características narcisísticas, 1 con rasgos paranoides, y 1 con rasgos autísticos. (Tabla 1)

Los pacientes esquizoide esquizotípicos en conjunto presentan, además, otros rasgos de personalidad: los rasgos obsesivos en el 58.3 % (N:7), los fóbicos en el 33.3 % (N:3), y el resto en el 8.4 % (N:2). (Tabla 2)

La información de las características de personalidad se ha cruzado con las mediciones de los síntomas deficitarios y con los puntajes obtenidos en cada una de las funciones que evalúan las capacidades cognitivas. En la búsqueda de alguna conexión entre éstos datos se observó una constancia relacional en pacientes con rasgos obsesivos que no se presentó en los pacientes con otros tipos de personalidad, siendo, entonces en la formas obsesivas en las que se focaliza el estudio.

De los 7 pacientes con rasgos obsesivos, 6 de ellos sufren de síntomas negativos primarios con puntaje menor de 4 (bajo), 2 de ellos no presentan déficit cognitivo apreciable en las pruebas, 4 de ellos presentan un déficit leve frontal y 1 un alto déficit de rendimiento en la función frontal. Los pacientes con rasgos fóbicos presentan hipofunción frontal y déficit en la memoria verbal así como un puntaje de síntomas negativos primarios de la PANSS de promedio 6 (alto). Los pacientes en los que se registran rasgos narcisísticos (N:1), paranoides (N:1), y autísticos (N:1) no representan datos significativos.

Discusión

Los rasgos de personalidad constituyen un factor de importancia esencial para la evaluación de varios aspectos de la esquizofrenia tales como el pronóstico y la vulnerabilidad. La vulnerabilidad se manifiesta en diferentes aspectos de la personalidad. Los estudios de adaptación premórbida (37) de alto riesgo de esquizofrenia demuestran que existen problemas tempranos en las relaciones interpersonales, por ejemplo ansiedad social, conductas disruptivas, aislamiento, rechazo por parte de sus pares, se presentan en niños y niñas que luego desarrollaron esquizofrenia (10)(43)(22). La personalidad esquizotípica presenta severos problemas en los rendimientos sociales, tales como aislamiento, conductas y lenguaje

extraños (30), que dificultan la intercomunicación. También, se describen trastornos del sentido común como factores de vulnerabilidad esquizofrénica (54). En este sentido la personalidad esquizoide aumenta el riesgo y el mal pronóstico de esquizofrenia. Es así como la detección de rasgos de personalidad esquizoide funciona como predictor de mal pronóstico una vez manifestada la esquizofrenia (39). Por otra parte, los rasgos esquizoide-esquizotípicos se convierten en factores de riesgo si están presentes en la niñez tardía. El riesgo de esquizofrenia aumenta en los parientes de pacientes esquizofrénicos en los que aparecen rasgos esquizotípicos (esquizoafectivos y paranoides)(30).

Si bien los rasgos esquizoides son importantes en la evaluación del pronóstico, además deberían ser tenidos en cuenta los rasgos obsesivos. Hay una relación entre obsesión esquizoidismo y esquizofrenia.

La consideración de la obsesión dentro de la patología mental grave es antigua en la psiquiatría ya sea como perteneciente al mundo de la insania psicótica o a las neurosis. La íntima relación entre obsesión y locura es una observación de larga data en la historia de la psiquiatría francesa. Pinel en 1809 se refiere a la obsesión como *manie sans delire*, luego la *monomanie raisonnante* de Esquirol en 1839 y el *delire sans delire* de Guislain en 1852 son algunos ejemplos de ello. Un poco más tarde la psiquiatría alemana insinúa la inclusión de las obsesiones dentro del clásico concepto de las neurosis, Griessinger y luego Kraepelin sobre finales del siglo XIX se refieren a la manía de cavilar (*Grübelnsucht*) y a la neurosis compulsiva (*Zwangsneurose*) respectivamente. No obstante es Heilbronner en 1889 quien describe una *Psicosis Obsesiva*. Es la psicopatología psicoanalítica de la mano de S. Freud la que desplaza definitivamente a la obsesión al terreno de las neurosis de transferencia susceptibles de la aplicación de la técnica psicoanalítica a diferencia de las psicosis no analizables. Sin embargo la pertenencia de las obsesiones al terreno de las neurosis se discute aun dentro del ámbito psicoanalítico. Abraham considera a los rasgos obsesivos en relación con la melancolía y las psicosis bipolares como elementos clínicos muy marcados en los intervalos libres (1); así como Pious, por su parte, relaciona a la obsesión con el inicio de la esquizofrenia (45).

Respecto de la esquizofrenia, la relación que mantiene con la obsesión, en general, es planteada a partir de su comparación con los Trastornos Obsesivos Graves (TOC). Los modelos acerca de dicha relación se podrían separar en dos grupos. Dentro del primero se

agrupan los que consideran que la obsesión es una patología diferente y separada de la esquizofrenia, es decir que los pacientes obsesivos con características psicóticas no son esquizofrénicos (35)(51)(23)(24). El agregado de síntomas obsesivo compulsivos dentro del cuadro de esquizofrenia tiene una repercusión negativa para el pronóstico de ésta (13). La gravedad se relacionaría por la suma de procesos patológicos en la que se incluye el deterioro cognitivo propio de los pacientes que sufren de TOC. En pacientes obsesivo compulsivos se encuentra un déficit cognitivo relacionado, principalmente, con la memoria de fijación (50)(6). Por otra parte, se puede encontrar una relación cuantitativa de grado entre la obsesión y la esquizofrenia, fundamentalmente en el terreno del pensamiento, ya que las ideas obsesivas y las delirantes forman parte de un espectro donde es difícil establecer un límite claro (53). Por otra parte, los sujetos con rasgos esquizotípicos pueden sufrir de patología obsesiva grave (26). Además existe el clásico criterio de Bleuler acerca de que la obsesión constituye una esquizofrenia latente.

En este trabajo no se tiene en cuenta a la obsesión como trastorno sino como rasgo caracterial, es decir como aspectos de la personalidad en relación con mecanismos adaptativos. La Fenomenología descriptiva resaltó la anormalidad de los rasgos en términos cuantitativos y estadísticos. La personalidad anancástica de Kurt Schneider (49) es un ejemplo de ello. Para este autor lo más destacable es la anormal intensidad de la vivencia de la propia inseguridad y de las representaciones compulsivas. Es el modelo psicoanalítico el que destaca una dinámica mental de los rasgos obsesivos. Así es como el orden, la pulcritud, la tacañería y la pertinacia constituyen rasgos del carácter que surgen en un sujeto como producto de los avatares en los primeros años de vida, en particular en lo que se refiere a la época de la educación del control esfinteriano. La patología de dichos rasgos depende de la psicodinamia al servicio de la que se encuentran, es decir que este modelo resalta el papel que juegan en el contexto del

funcionamiento mental del sujeto ². Los rasgos de personalidad cumplen un papel en el funcionamiento mental e interactúan con los síntomas. En este trabajo se plantea su eventual relación con la patología clínica de la esquizofrenia.

Conclusión

En este trabajo hemos observado en pacientes esquizofrénicos la presencia de rasgos obsesivos que se presentan en conjunto con una menor intensidad de síntomas deficitarios y menor deterioro cognitivo. Esta conjunción no se registró con los otros rasgos de personalidad hallados. Esto invita a la especulación sobre un supuesto papel de "protección" que ejercen dichos rasgos obsesivos ante los síntomas deficitarios y el deterioro cognitivo. Vale decir que la detección precoz de rasgos obsesivos de personalidad podría influir sobre la valoración del pronóstico y vulnerabilidad en sujetos jóvenes en el comienzo de la enfermedad, y sobre la elaboración de programas de rehabilitación en pacientes esquizofrénicos crónicos.

Cuadro 1:

Síntomas "deficitarios" primarios	
Con Deterioro Cognitivo <i>Específico</i>	Con Deterioro Cognitivo <i>Global</i>
Frontal y Parietal	

Rasgos de Personalidad
Rasgos Esquizoide Esquizotípicos
Rasgos Narcicísticos
Rasgos Paranoides
Rasgos Autísticos

Tabla 1: La mayoría de los pacientes presentan rasgos esquizoide esquizotípicos.

Pacientes Esquizoide Esquizotípicos
Rasgos Obsesivos
Rasgos Fóbicos
Rasgos Narcicísticos, Paranoides, Autísticos

Tabla 2: Junto con rasgos esquizoide esquizotípicos se encuentran otros rasgos.

Notas al Pie:

¹ Al respecto, se detectan signos de deterioro cognitivo en los parientes cercanos (4)(12)(32).

² La aplicación del método estadístico, en particular el análisis factorial, en la década de 1960 en los estudios de la personalidad 1obsesiva confirmaron las presunciones psicoanalíticas acerca de la importancia de la parsimonia, la rigidez, la restricción afectiva y del sentido del orden (41).

Bibliografía

- 1.- Abraham K: Psicoanálisis Clínico, Ed. Hormé, Argentina, 1980.-
- 2.- Bellak AS, Gold J, Buchanan RW: "Cognitive rehabilitation in schizophrenia" Schiz. Bulletin Vol 5 N°2, pág.258, 1999.-
- 3.- Buchanan RW, Strauss ME, Kirkpatrick B, Holstein C, Breier A, and Carpenter W.T.: "Neuropsychological impairments in deficit vs. Nondeficit forms of schizophrenia" Archives of General Psychiatry, 51:804-811, 1994.-
- 4- Cannon, Zorrilla "neuropsychological functioning in siblings discordant for schizophrenia and healthy volunteers, Arch of Gral. Psychiatry, 51:651-661, 1994.-
- 5- Carpenter, W.T., Jr.; Heinrichs, D.W.; and Wagman, A.M.I. "Deficit and nondeficit forms of schizophrenia". American Journal of Psychiatry, 145:578-583, 1988).-
- 6- Christensen KJ, Kim SW, Dysken MW, Maxwell Hoover K: "Neuropsychological performance in obsessive compulsive disorder", Biol Psychiatry 31:4-18, 1992.-
- 7.- Cornblatt "Impaired attention genetics, and the pathophysiology of schizophrenia" Sch,Bulletin 20:31-46, 1994.-
- 8.- Donnoli VF, Basotto J, Cohen D, Oliva D, Salvatore A, Ventura A, Pantin Graño A, Martins J: "Esquizofrenia: Relación entre síntomas negativos y rasgos esquizotípicos de personalidad" Acta Psiquiat. Psicol. Am. Lat. 41 (3):214-218, 1995.-
- 9.- Donnoli VF, Salvatore A, Verdaguer MF: "Psicopatología esquizofrénica: el posible papel de un defecto cognitivo inicial como matriz esencial de la enfermedad", Alcmeón, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 7(2):166-178, 1998.-
- 10.- Dworkin RH, Cornblatt BA, Friedman , Kaplansky L, Lewis SA, Rinaldi M, Shilliday C, Erlenmeyer Kimling L: "Childhood precursors of affective vs. Social deficits in adolescents at risk of schizophrenia" Schizophrenia Bulletin, 19 (3):563-577, 1993.-
- 11.- Eysenck HJ: Manual of the Maudsley Personality inventory. London. Methuen, 1959.-
- 12- Faraone, Seidman "Neuropsychological functioning among the non psychotic relatives of schizophrenic patients: A diagnostic efficacy analysis", American Journal of Psychiatry, 152:704-714, 1995.-
- 13.- Fenton WS, McGlashan TH: "The prognosis significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia". American Journal of Psychiatry 143:437-441, 1986.-
- 14.- Foerster y col "Pre Morbid adjustment and Personality in Psychosis. Effects of sex and diagnosis" Br. J Psychiatry, 158, 171-176, 1991.-
- 15.- Gold JJM, Carpenter "Auditory working memory and Wisconsin ...in schizophrenia" 54:159-165 Archives of General Psc. 1997. -
- 16.- Gold, JJM; and Harvey, PD: "Cognitive deficits in schizophrenia". Psychiatric Clinics of North America, 16:295-312, 1993.-
- 17.- Green, M.; and Walker, E. "Neuropsychological performance and positive and negative symptoms in schizophrenia" Journal of Abnormal Psychology, 94:460-469, 1985.
- 18.- Gunderson JG and Siever LJ.: "The relatedness of schizotypal to schizophrenic disorders: Editor's introduction". Schizophrenia Bulletin, 11, 532-537, 1985.-
- 19.- Harvey, P.D.; Lombardi, J.; Leibman, M.; White, L.; Parrella, M.; Powchik, P.; and Davidson, M.: "Cognitive impairment and negative symptoms in geriatric chronic schizophrenic patients: A follow-up study". Schizophrenia Research, 22:223-231, 1996.-
- 20.- Heimberg C, Gurr E, Erwin RJ, Shatsel DC, Gur RC: "Facial emotion discrimination: III, Behavior finding in schizophrenia" Psychiatry Research, 42:253-265, 1992.-
- 21.- Hoch and Polatin "Pseudoneurotic forms of schizophrenia. Psychiatric Quarterly, 23, 248-276, 1949).-
- 22.- Hodges A, Byrne M, Grant E, Johnstone E: "People at risk of schizophrenia: Sample characteristics of the first 100 cases in the Edinburgh High.Risk study" British Journal of Psychiatry, 174:547-553, 1999.-
- 23.- Ingram IM: "Obsessional illness in mental hospital patients" J Ment Sci 107:382-402, 1961.-
- 24.- Insel, TR, Akiskal HS: "Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis", American Journal of Psychiatry, 143:1527-1533, 1986.-
- 25.- Jacobsberg LB: "Symptoms of schizotypal personality disorders". Am J Psychiatry, 143, 1122-1127, 1993).-
- 26.- Jenike M, Baer L, Schwartz C: "Coexistent obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder" Arch Gen Psychiatry 23:296-298, 1986.-
- 27.- Jones "Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort" Lancet, 344:1398-1402, 1994.-
- 28.- Kahlbaum K: "Über Heboidophrenie" All Z Psychiat, 46:461-474, 1890.-
- 29.- Kay S.: Positive and Negative syndromes in schizophrenia. Assessment and Research, Brunner/Mazel, New York, 1991.-
- 30.- Kendler KS, Gruenberg, Strauss: "An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish adoption study of schizophrenia II: The relationship between schizotypal personality disorders and schizophrenia". Arch. Gen. Psychiatry, 38, 982-982, 1981.-
- 31.- Kendler KS "Diagnostic approaches to schizotypal personality disorders: A historical perspective". Schizophrenia Bulletin, 11, 538-553, 1985.-
- 32.- Kremen WS, Seidman LJ, Pepple JR, Lyons MJ, Tsuang MT, Faraone SV: "Neuropsychological risk indicators for schizophrenia: A review of family studies" Schiz. Bulletin, 20:103-119, 1994.-
- 33.- Lenzenweger MF; Dworkin, RH; and Wethington, E: "Examining the underlying structure of schizophrenic phenomenology: Evidence for a three-process model". Schizophrenia Bulletin, 17(3):515-524, 1991.-
- 34.- Levinson DF and col: "Defining the schizophrenia spectrum: Issues for genetic linkage studies", Schizophrenia Bulletin, 17, 491-514, 1991).-
- 35.- Lewis SW, Chitkara B and Reveley AR: "Obsessive-compulsive disorders and schizophrenia in three identical twin pairs". Psychological Medicine, 21, 135-141, 1991).-
- 36.- Liddle PF "The symptoms of chronic schizophrenia": A reexamination of the positive-negative dichotomy". British Journal of Psychiatry, 151:145-151, 1987).-
- 37.- Malmberg A, Lewis G, David A, Allebeck P, "Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia", British Journal of Psychiatry 172:308-313, 1998.-
- 38.- Markovitz PS, Calabrese JR, Schultz SC and Meltzer HY: "Fluoxetine in borderline and schizotypal personality disorders". A. J. Psychiatry. 148, 1064-1067, 1991).-
- 39.- Mednik SA "Copenhagen high-risk project 1962-1987" Schizophrenia Bulletin 13, 485-491, 1987.-
- 40.- Meehl PE "Schizotaxia, Schizotypy, Schizophrenia", Am Psychol 17, 135-155, 1962.-
- 41.- Millon T.: "Trastornos de Personalidad. Más allá del DS MIV". Ed. Masson, 1998.-
- 42.- Mueser, KT: Cognitive functioning, social adjustment and long-term outcome in schizophrenia. Cognition in Schizophrenia. Edit. T. Sharma and Harvey. Oxford Univ. Press 2000.-

- 43.- Olin SC, Mednik SA, Cannon T, Jacobsen B, Parnas J, Schlusinger F, Schlusinger H: "School teacher ratings predictive of psychiatric outcome 25 years later", *British Journal of Psychiatry*, 172 (suppl 33):7-13, 1998.-
- 44.- Pfohl, B.; and Winokur, G.; "The evolution of symptoms in institutionalized hebephrenic/catatonic schizophrenics" *British Journal of Psychiatry*, 141:567-572, 1982.-
- 45.- Pious WL.: "Obsessive-compulsive symptoms in an incipient schizophrenic". *Psychoanal Q.* 19:327-339, 1950.-
- 46.- Planansky K: "Conceptual boundaries of schizoidness: suggestions for epidemiological and genetic research" *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 142, 4:318-331, 1986.-
- 47.- Pogue-Geile, MF; and Harrow, M. "Negative symptoms in schizophrenia: Their longitudinal course and prognostic importance" *Schizophrenia Bulletin*, 11(3):427-439, 1985).-
- 48.- Putnam K M and Harvey Ph.: "Cognitive impairments and enduring negative symptoms: A comparative study of geriatric and nongeriatric schizophrenia patients" *Schizophrenia Bulletin*, 26(4):867-878, 2000.-
- 49.- Schneider K. : "Las Personalidades Psicopáticas", Ediciones Morata, Madrid, 1974.-
- 50.- Sher KJ, Frost RO, Otto R.: "Cognitive deficits in compulsive checkers: an exploratory study" *Behav.Res.Ther.* 21,4:357-363, 1983.-
- 51.- Solyom L, Di Nicola VF, Phil M, Sookman D, Luchins D.: "¿Is there a obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive compulsive neurosis" *Canadian Journal of Psychiatry*, 30:372-379, 1985.-
- 52.- Spitzer, Endicott and Gibbon: "Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development of criteria" *Arch. Gen Psychiatry*, 36, 17-24, 1979).-
- 53.- Stengel E: "A study of some clinical aspects of the relationship between obsessional neurosis and psychotic reactions types" *J.Ment.Sci.*, 91:166-187, 1945.-
- 54.- Stenghelini G: "Vulnerability to schizophrenia and lack of common sense" *Schizophrenia Bulletin*, 26(4):775-788, 2000.-
- 55.- Strauss, J.J.; Carpenter, W.T.; and Bartko, J.J. "The diagnosis and understanding of schizophrenia: III Speculations on the process that underlie schizophrenic symptoms and signs" *Schizophrenia Bulletin*, 11:61-75, 1974.-
- 56.- Walker "Neuromotor precursors of schizophrenia" *Schiz. Bull.* 20:441-451, 1994.-
- 57.- Weinberger "Neurodevelopmental perspectives on schizophrenia" *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress.* New York Raven Press, pág. 1171-1183, 1995.-

LA CREATION DU PSYCHOCINEMA EN ARGENTINE

M.A. Materazziⁱ

Résumé:

Le psychiatre argentin Miguel-Angel Materazzi, créateur du Psychocinéma, explique ici les concepts et les techniques qu'il a établis à ce sujet. Le Psychocinéma tente de nous introduire dans l'ample domaine de la rééducation des malades mentaux grâce à de nouvelles méthodes de communication thérapeutique, grâce également aux techniques de renfort déjà existantes. La science, l'astuce et les arts s'entremêlent au moment de vouloir comprendre un individu donné et l'aider à maintenir son identité et son équilibre face aux pressions que la communication lui impose. Ainsi, le Psychocinéma –en son caractère de psychothérapie de groupe programmée– se propose de se constituer en une technique de psychothérapie unissant le théâtre, la psychologie, la psychopathologie, la philosophie, la sociologie et le cinéma. D'un point de vue technique, il s'agit d'un processus d'action et d'interaction dont l'axe fondamental est la créativité au moyen de la dramatisation.

Le Dr. Materazzi est le fondateur de la Fondation FINTECO (en français le sigle signifie Fondation pour la recherche interdisciplinaire sur la communication) qui a fait suite au Centre pour la recherche médico-psychologique sur la communication, deux sociétés scientifiques situées à Buenos Aires et toutes deux Sociétés membres de l'Association mondiale de psychiatrie.

Mots clé: Art-thérapie, psychothérapie de groupe, psychopathologie, art, médecine et les arts, Argentine.

La compréhension de tout message esthétique se fonde sur une dialectique entre la fidélité et la liberté d'interprétation où, d'une part, toute personne qui reçoit un message essaye de glaner les insinuations surgissant de l'ambiguïté du message et de donner consistance à certaine forme grâce aux codes appropriés. D'autre part, les relations contextuelles nous invitent à considérer comment un message donné peut avoir été construit –en tant qu'acte de fidélité envers l'auteur et envers l'époque où le message a été émis.

Umberto Ecoⁱⁱ

Les antécédents du Psychocinéma

Les premières collaborations entre la cinématographie commerciale et la psychiatrie, la psychologie, la psychanalyse et la sociologie se doivent aux cinéastes allemands des "folles années 20": c'était l'époque où, grâce à l'expressionnisme, ces réalisateurs ont pu porter à l'écran des films comptant sur une méthodologie rigoureuse et des conseils techniques soigneusement établis outre leur profonde plasticité. C'est ainsi que nous pouvons nous

référer au *Cabinet du Dr. Caligari*, de Robert Wiene (1919) –film considéré comme étant l'axe de ce mouvement-, *Nosferatu*, de F.W. Murnau (1922), *Les Nibelungen*, de Fritz Lang (1923-24), *Les mains d'Orlac*, de Robert Wiene (1926), *Metropolis*, de Fritz Lang et *Le Golem*, de Paul Wegener (1925). Et toutes ces expressions furent le présage de l'une des périodes les plus sombres de l'Histoire: le nazisme.

En même temps, les psychiatres allemands dont l'intérêt s'était toujours concentré sur la clinique des patients de même que sur la sémiologie, se mirent à filmer des patients, de façon à ce qu'ils puissent suivre l'évolution de ceux-ci. Cette activité allait devenir un élément déterminant quand il fallut détecter les atrocités commises aux camps de concentration de la Seconde guerre mondiale: en effet, on y retrouva des centaines de documentaires qui présentaient fort minutieusement ces horreurs.

Mais, revenons-en à 1935: l'année où Jacob Lévy-Moréno eut l'idée de filmer la session d'un groupe dont il était le coordinateur (et il y joua même un rôle). Une fois le tournage fini, il en tira, avec le groupe, les conclusions qui s'imposaient. D'autres expériences en surgirent: à vrai dire, le cinéma thérapeutique venait de naître. Le cinéma thérapeutique avait pour but de servir à la fois les personnes faisant partie du tournage de même que les futurs spectateurs du film. Et pourtant –fort regrettablement à vrai dire- nul n'eut vent de cette idée et l'"idée jumelle" cinéma thérapeutique/troubles mentaux se trouva restreinte aux intérêts commerciaux des laboratoires pharmaceutiques qui fournirent des capitaux et, ainsi, quelques scénarios à "fonds" psychiatriques purent être tournés mais avec des acteurs et des metteurs en scène professionnels. Or il ne s'agissait que d'un cinéma didactique destiné à la formation des étudiants en Médecine ou des futurs spécialistes.

Pendant les années 40 et 50, l'industrie cinématographique étatsunienne démontra certain intérêt pour la psychiatrie mais –à nouveau, et regrettablement- les films produits à cette époque étaient fort peu satisfaisants du point de vue psychiatrique, tombant dans le conventionnel, les émotions feintes et les expressions prétendument dramatiques. Cependant, aussi bien le cinéma européen (donc, les premières apparitions d'Ingmar Bergman) que le japonais furent les deux industries cinématographiques à démontrer qu'elles travaillaient avec un sens de la profondeur et du sérieux lorsqu'elles abordaient un thème psychiatrique.

Quant au propre domaine de la Médecine, nous pouvons signaler une seconde étape dans la relation cinéma-santé mentale: celle des docteurs Müller et Bader, propriétaires d'une clinique de Bâle pour le traitement des troubles psychiques, qui produisirent un film intitulé "Le

poète et l'unicorne" grâce à des fonds provenant d'un laboratoire. "Le poète et l'unicorne" était un dessin animé réalisé par des patients psychotiques dont la formation se devait à des techniciens de la spécialité. Le scénario avait aussi été écrit par des patients. Mais cette tâche n'était qu'une partie d'un programme entier de rééducation, autrement dit il ne s'agissait que de thérapie occupationnelle et il n'existait pas de groupe psychothérapeutique à proprement parler. Inutile de dire que nul ne fut au courant de cette première tentative.

Cependant, le cinéma didactique allait son chemin et de plus en plus de pays l'incorporaient dans leur production. Pendant les années 60, plusieurs réalisateurs européens et américains commencèrent à traiter les problèmes psychiatriques avec respect et comptant sur des conseillers techniques en psychiatrie. Ce fut, entre autres, le cas du réalisateur Tarkovsky. En Argentine, à la même époque, quelques uns de nos collègues firent leurs premiers pas dans le cinéma psychiatrique: le Dr. Jaime Rojas-Bermúdez, l'un des premiers spécialistes à avoir introduit le psychodrame en Argentine, eut l'idée de tourner quelques spectacles de marionnettes en Super 8 –c'est-à-dire des spectacles qui avaient été créés par les patients psychotiques internés à l'Hôpital Borda, de Buenos Aires. Ariel Bufano, un marionnettiste argentin très connu, collabora avec le Dr. Rojas-Bermúdez au moment d'analyser les sessions "depuis l'extérieur", autrement dit selon le concept d'objet intermédiaire d'après le point de vue de Winnicott (1970).

A leur tour, le Dr. E. Rodrigué (Grinberg, Lange, Rodrigué, 1961), en équipe avec le réalisateur argentin Raúl de la Torre, commença une expérience avec les patients du pavillon des chroniques à l'Hôpital Borda. Ces patients ne s'étaient pas regardés dans une glace depuis des années. Quand on leur présenta les séquences filmées, on observa les réactions causées chez ces patients, se voyant eux-mêmes dans un film, selon l'hypothèse de Lacan sur le stade du miroir. Regrettablement, ce fut une expérience sans lendemain.

En 1968, le Dr. Rojas-Bermúdez lança des invitations pour le Congrès international de psychodrame qui allait se tenir l'année suivante à la Faculté de médecine de l'Université de Buenos Aires. Nous avons contribué à ce congrès avec beaucoup de matériel relatif à l'expression plastique dans la psychose, d'une part et, d'autre part, relatif à une séance de cinéma-débat d'orientation psychothérapeutique (activité, à vrai dire, que nous étions déjà en train de mener depuis un certain temps avec des patients psychotiques). Nous avons commencé, en 1964, à travailler à l'Hôpital Fiorito, sis à Avellaneda, une ville du sud du Grand Buenos Aires, où nous comptons sur la collaboration de patients mentalement normaux du service de

clinique générale. Auparavant, nous avons commencé à filmer, et à faire du théâtre lu (lire des pièces, en accord avec la modalité inspirée par le psychodrame [Moreno, 1964, 1965]). Toutes ces techniques qui monopolisaient notre attention à l'époque furent utilisées au service psychiatrique dont l'orientation répondait à celle de la communauté thérapeutique.

Ce fut le milieu où nous avons tenté de réussir à "planter les semences" de la technique du Psychocinéma. Alors nous n'avons pas perdu de temps et nous avons tourné "Creación o descubrimiento" (Création ou découverte) avec des fonds cédés par les Laboratoires Sandoz. Nous étions intéressés à réviser certains canons classiques relatifs à la psychopathologie de l'expression. Au moyen d'un examen en coupe transversale de la vie d'un patient schizophrène –le déclenchement de son délire aigu, sa déstructuration et sa possibilité de réintégration grâce à un traitement interdisciplinaire, nous nous sommes plongés dans la psychopathologie de l'expression et nous avons proposé les réflexions suivantes:

1. Lorsque nous nous trouvons face à une expression picturale produite par un patient souffrant de troubles mentaux, pouvons-nous dire qu'il s'agit d'un acte créateur, au sens biblique? Ou cet acte n'est-il qu'un moyen de découvrir soit un ensemble de variables dont le patient songe qu'elles existent à ses alentours (le monde de ses fantaisies inconscientes) ou bien son monde des relations d'objet imaginaires? Sommes-nous en train d'assister à une sublimation reconstructive dans la psychose et, ceci, grâce à la création?

2. Pouvons-nous dire qu'une personne est un moyen se dirigeant vers une métamorphose constante, en un sens actif; un moyen chargé d'un pouvoir génératif ouvert avec enthousiasme à tout ce qui est nouveau et susceptible d'éclater au lieu de végéter dans la tristesse et le désespoir, observant la propre décadence?

3. Il a été dit que le patient psychiatrique réalise ses œuvres dans le but de se renfermer de plus en plus dans son monde propre. Il a été également dit que ce qui l'intéresse le moins c'est tenter de se communiquer avec son prochain: autrement dit, son œuvre diffère de celle d'un artiste de profession car, lorsque celui-ci s'attèle à sa réalisation, ce qu'il veut c'est se présenter, faire savoir qu'il est là, disposé à atteindre l'Autre.

4. Certaines personnes soutiennent que le patient psychiatrique est incapable de réaliser une véritable œuvre d'art à cause de son aliénation et de son impossibilité de capter les schémas organisatifs de la matière.

5. Est-il possible de réussir une thérapie par l'art?

La participation à "Creación o descubrimiento" avait compris des membres du groupe interdisciplinaire, des volontaires, de vrais acteurs, quelques parents des patients et, aux seules fins de la resocialisation, dix patients sur le point de sortir de l'hôpital. Ce film a suscité une réponse fort singulière de la part des patients qui en firent partie, ce qui nous a encouragés à "construire" cette nouvelle technique psychothérapeutique dénommée Psychocinéma. Mais de quoi s'agissait-il, au fond?

Voici les faits qui nous ont conduit à sa création:

a) Un beau matin (le tournage était fini), nous revenions au pavillon. Les patients qui avaient fait partie de la distribution, nous attendaient simplement pour causer, bavarder...

- Dans la psychose, l'une des premières attitudes qui se perdent c'est le sentiment grégaire. Cette initiative des patients suggérait un retour au grégaire.

b) Les patients nous dirent qu'ils avaient été heureux comme tout (le jour du tournage) et qu'ils attendaient ardemment d'avoir l'occasion de participer d'un autre film.

- Dans la psychose, une autre perte fondamentale est celle du propre schéma corporel. Le désir pressé de vouloir faire partie d'une autre distribution était une piste pointant vers cette récupération.

c) Sans le vouloir, nous avons mis sur pied une méthode permettant aux patients de choisir leur propre thérapeute, même à un hôpital public.

d) De tous les patients présents, le porte-parole fut le patient le plus connu au service pour ses productions picturales bien que, depuis toujours, il les avait réalisés complètement seul: voilà qu'à présent il abandonnait cette attitude en faveur d'un travail réalisé par la communauté.

e) La technique cinématographique était en train de l'extirper du stéréotype psychotique: en effet, il nous confia qu'il voulait bien jouer d'autres rôles dans de futurs films.

f) Donc, l'idée était en train d'encourager la plasticité, la créativité et la participation. Autrement dit, les supports nécessaires à renforcer le retour de la santé mentale.

L'analyse de ces faits nous conduisit donc non seulement à créer mais encore à perfectionner la technique du Psychocinéma que nous avons présenté pour la première fois au Congrès mondial de psychiatrie tenu à Mexico en 1971, comme l'une des plus récentes contributions à la thérapie de groupe au niveau international de l'époque. En 1972, notre Psychocinéma fut le sujet de notre thèse de doctorat. Les membres du jury (Jorge E. García-Badaracco, Mauricio Goldenberg et Mauricio Knobel) eurent la bonté

de nous décerner le prix d'honneur pour sa méthodologie, sa créativité et la contribution que le Psychocinéma représentait pour la psychiatrie argentine.

Pendant le Congrès mondial de psychiatrie tenu en 1977 aux Etats-Unis, nous avons eu l'occasion de donner un séminaire sur le Psychocinéma à l'Université de San Antonio, au Texas. Nos collègues étatsuniens ont considéré que non seulement il s'agissait de l'un des apports les plus importants pour les thérapies d'approche mais encore parvenir à ce que les patients deviennent leurs propres agents de prévention (grâce à cette activité artistique) constituait l'un des aspects les plus nouveaux et les plus significatifs du Psychocinéma. En d'autres termes, si nous considérons les trois niveaux de la prévention, à part offrir sa propre contribution la technique du Psychocinéma commence à un second niveau du fait de comprendre une technique de plus. A son tour, la technique encourage la rééducation (c'est-à-dire le troisième niveau de prévention) et le "produit" (le film) se convertit en un fait à deux facettes: d'une part, le film "revient", "retourne" sur le groupe procédant ainsi à une re-signification. D'autre part, le film est projeté dans et pour la communauté en question où le film devient un programme de prévention: le patient se convertit en instituteur (donc, nous obtenons la prévention primaire). Nous allons décrire cette technique dans un moment.

Dans l'ample domaine de la rééducation, nous pourrions dire de la réhabilitation, des patients souffrant de troubles mentaux, le Psychocinéma tente d'introduire des méthodes de communication thérapeutique et, en même temps, de renforcer les acquis. La science, le métier et les arts s'entrelacent pour nous permettre de comprendre la personne tandis que nous l'aidons à maintenir son identité et son équilibre, luttant contre la pression que la communication lui impose.

"Esquema Conceptual Referencial Operativo – ECRO" (Le schéma conceptuel, référentiel, opératif)

L'ECRO, créé par le psychiatre argentin d'ascendance française Enrique Pichon-Rivière (1960-63, 1980) et appliqué aux patients qui interviennent dans nos expériences a pour base la considération de "la personne concrète en crise". Le propre de toute personne est d'être un sujet, un moi, sachant qu'elle se trouve entourée d'un monde composé d'êtres et de choses. La personne se perçoit en tant qu'entité permanente et, ceci, au cours de toutes sortes d'événements. La personne compte sur le monde qui l'entoure le concevant, en toutes circonstances, comme un "débordement" général: le monde déborde sur ses expériences vitales, sur ses dimensions temporelles, autrement dit sur tous les facteurs qui avaient situé cette personne dans "ce" qu'elle

avait été auparavant et dans "ce" qu'elle continuera d'être dans le futur.

La personne a conscience de sa propre existence: en outre, elle est consciente que le monde existe également. Il n'y a qu'une façon d'approcher ce changement perpétuel qui la "pousse" vers l'équilibre si ardemment souhaité et ceci se peut atteindre grâce à la mobilité de ses rôles, dans son entourage; grâce également à l'apport créatif de cette personne –en effet, elle n'est pas disposée à accepter passivement ce que le monde lui offre en masse. Si nous définissons cette créativité comme la possibilité de former quoi que ce soit grâce à l'imagination (et, ceci, au-delà du fuyant "temps" actuel), cela veut-il dire que la créativité signifie surpasser le *hic et nunc*, donnant forme et sens à quelque-chose-qui-n'existe-pas-encore doué cependant de la possibilité de devenir une chose réelle? En d'autres termes, cela signifie donner du sens à ce qui est encore caché.

Si bien déclencher la création signifie une réussite positive pour tout système psychique (c'est-à-dire pouvoir attribuer cette réussite positive aux aspects équilibrés, sains d'une personnalité donnée, la création –conformément à son stage prépondérant- jouira d'une fonction et d'une structure mise au service du contrôle: a) de la persécution (auto-référence, séduction); b) de l'évasion hors de la perte (reniement de la mort, triomphe maniaque, suspension du temps) et c) du se complaire dans la confusion (idéalisation du manque d'harmonie).

Ces composants sont destinés à exister en même temps, bien qu'en proportions différentes, que d'autres composants véritablement sublimatoires au service du moi et des plus avancés, des plus puissants mouvements du moi: un ordre beau et harmonieux et la compréhension des attaques et des pertes.

En ce qui concerne la technique du Psychocinéma, le projet à mettre en marche comprend la psychothérapie et la réalisation cinématographique grâce à une implication conjointe de la technique de la psychothérapie de groupe programmée (G.R. Bach, 1958) d'une part, et, d'autre part, la technique psychocinématographique. Notre technique, à part être basée sur une position philosophique "dialectique et moniste" dont le but est de faciliter le choix, la responsabilité, la temporalité et la spatialité nécessaires vise, de façon prédominante, à faciliter l'ouverture vers la liberté pour cette "personne concrète" lorsque celle-ci est en train de "vivre" sa crise.

On peut voir la liberté depuis plusieurs prismes. Par exemple, nous pourrions prendre la liberté comme une sorte d' "ascétisme", comme le faisaient les Grecs; comme "une ligne kantienne de conduite"; comme un "choix" à la façon des penseurs du Moyen Age; comme une "création",

selon Bergson ou comme un "acte en situation" d'après la dialectique actuelle laquelle peut être aussi bien matérialiste qu'existentialiste (étant cette dernière imbuë d'une attitude soit athée, soit théiste).

Notre technique emprunte: a) la liberté de "la personne en situation" et b) la création, et nous essayons d'approcher de la compréhension de cette "personne concrète" sans, pourtant, nous immiscer dans des réductionnismes d'ordre psychologique, sociologique ou biologique.

Donc, quand la rencontre psychothérapeutique d'un groupe a lieu, l' "apprentissage de l'expérience personnelle" s'établit. Nous entendons l'expérience personnelle selon le concept que le grand philosophe espagnol, José Ortega y Gasset, a emprunté à Dilthey pour le réintroduire dans la pensée espagnole. En espagnol, expérience personnelle se dit "vivencia": c'est le vécu, et le concept s'entend comme "vivre la vie en la vivant".

A son tour, l'herméneutique du vécu peut se réüssir de différentes façons: en premier lieu, si l'herméneutique est normale ou bien pathologique, selon notre système de référence; "en crise" ou non: pour nous, la crise veut dire toute situation dans laquelle se trouve une personne quand, après s'être débarrassée des accidents histrioniques de son existence, cette personne se consacre à vivre sa vie, ajoutant des accidents à l'essence même de la vie, adoptant des habitudes différentes et des attitudes avantageuses destinées à modifier son aspect. Ensuite, nous pouvons donc canaliser la vie: a) "en elle-même", recherchant son essence, comme le fait la phénoménologie; b) "dans ses causes" grâce à la psychologie, la physiologie et la pathologie de l'encéphale; c) "dans ses motifs" –qu'ils soient des motifs conscients, par le biais de la psychologie compréhensive, de la psychanalyse orthodoxe, ou des motifs inconscients par le biais de la psychologie profonde, de la psychanalyse orthodoxe ou hétérodoxe, et d) "par ses moyens d'expression" par le biais de la psychologie ou de la psychopathologie de l'expression.

Une fois établi ce système de référence, la recherche des "motifs" inconscients va de pair avec la recherche de l' "expression". D'où le Psychocinéma –ou psychothérapie de groupe programmée– tente de se convertir en technique psychothérapeutique unissant le théâtre, la psychologie, la psychopathologie, la philosophie, la sociologie et la cinématographie. D'un point de vue technique il s'agit d'un processus d'action et d'interaction dont l'axe basique repose sur la créativité au moyen de la dramatisation, fait qui permet d'extérioriser la relation interne, dramatique, des patients qui participent, outre leur permettre de prendre l'initiative sur le chemin de la liberté (donc, du changement). En ce qui concerne la dramatisation, cette technique

a recours aux expressions autant verbales que corporelles. Ainsi, tous les moyens de communication avec autrui s'agrandissent. Cependant, nos efforts ne se contentent pas de demeurer à ce stage puisque le "produit" doit prendre une forme graphique –hé oui, le produit doit se convertir en film, ce qui nous permet d'agrandir de plus en plus le champ de la communication, non seulement avec les patients mais encore avec la société.

En d'autres termes, le film œuvre comme un objet intermédiaire (Winnicott, 1972) au sein de la communauté, de l'équipe soignante et des patients qui forment partie de la distribution. Autrement dit, et grâce à la production d'un film, un véritable processus dialectique s'établit.

L'apport du théâtre

Nous reconnaissons notre source en Grotowski (1970) puisque nous partageons certains aspects de ses concepts sur la création théâtrale: "...nul n'a fait de la recherche autant sur la nature de l'interprétation, ses phénomènes et ses significations que sur la science des processus mentaux, physiques et émotionnels aussi profondément et complètement que Grotowski" a écrit Brook (1973). Brook ajoutait que, semblable en ce sens à ce qui arrive dans les vrais laboratoires, dans le théâtre selon Grotowski, les expériences sont scientifiquement valides puisque les conditions essentielles sont respectées. Son théâtre signifie une concentration absolue, destinée à un petit groupe, et à un temps illimité. Comme nous allons voir, ce centre, ce "foyer", veut dire que maintes applications se trouvent à notre disposition. En ce qui concerne la façon de travailler, Grotowski provoque chez tous les acteurs une série de chocs, à savoir:

1. L'individu doit se surpasser, même si l'obstacle à surmonter est assez simple.
2. L'individu doit être conscient de ses propres évasions, "trucs" et clichés.
3. L'individu doit prendre conscience de parties de ses propres ressources, aussi immenses qu'inexplorées.
4. L'individu, avant tout, doit affronter la question: "Pourquoi souhaité-je devenir acteur?"
5. L'individu doit être obligé à reconnaître de toutes ces choses existent, malgré la longue tradition britannique qui exige que les séries doivent être évitées dans les arts de la scène (en particulier, au théâtre). Donc, l'individu doit affronter la constatation choquante que le temps est venu de prendre conscience du fait, le reconnaître et se disposer de bon gré à y faire face.
6. L'individu doit se rendre compte que, partout ailleurs dans le monde, il y a des gens qui se consacrent au théâtre avec une onction totale et absolue, pour ne pas dire monacale.

En ce qui concerne la technique pure et simple, nous nous abstenons d' "empiler" des signes,

comme c'est l'habitude du théâtre oriental où les mêmes signes se répètent jusqu'à la satiété. A l'inverse, nous tentons de raffiner les signes des impulsions de la nature humaine tout en les dépouillant de tout ce qui ait un parfum à conventionnel et habituel et de tout aspect qui ait l'air d'une coutume sociale greffée sur l'impulsion.

De plus, lorsque nous affrontons des contradictions (entre le geste, la voix et le mot; entre le mot et la pensée; entre le désir et la réflexion) nous avons l'intention –presque artificielle- de raffiner la structure cachée de ces contradictions. Or, nous sommes conscients que, même à un niveau intérieur, ceci est une sortie négative.

Au théâtre, la responsabilité consiste à briser les stéréotypes qui brouillent notre vision du monde, les sentiments conventionnels et les schémas de jugement. Le théâtre doit fouler aux pieds sans merci tous les stéréotypes modelés sur l'organisation humaine (de la voix, de la respiration ou des réactions intérieures). En d'autres termes, le théâtre doit violer certains tabous: grâce à cette transgression, le théâtre nous permet d'expérimenter un choc, un soubresaut qui fera choir les masques.

Qu'il soit clair que nous ne sommes pas un conservatoire d'art dramatique: ce dont il s'agit c'est de "faire sortir" d'elle-même une personne et la diriger vers une véritable découverte des autres. La tâche de celui ou celle qui va jouer un rôle dans le film peut atteindre le niveau d'une re-naissance. Non seulement cet "acteur", cette "actrice" sont nés à nouveau, non seulement à leur champ d'action mais encore en tant que personnes, qu'être humains.

Ce genre de phénomène s'accompagne toujours de la "naissance" d'un guide qui observe, aide et soutient ces "acteurs" de telle façon que, finalement, ils acquièrent une véritable connaissance, une véritable acceptation des êtres humains *per se*.

Le contact est l'un des éléments les plus essentiels pour la technique du Psychocinéma. En général, quand un acteur (professionnel) mentionne le "contact" ou y pense, cet acteur a l'idée qu'il doit "regarder dans le blanc des yeux", comme on dit. Bon, mais ceci n'est pas un contact réel, ce n'est qu'une posture, une situation. Etablir le contact ne signifie pas que les acteurs doivent se dévisager l'un l'autre ou les uns les autres. Etablir le contact veut dire "voir". En ce moment (si, par exemple, je prononce une conférence) je suis en contact avec vous autres, je vous vois tous en face de moi: l'un de vous semble indifférent, un autre écoute avec toute l'attention possible, et une tierce personne sourit. Toutes ces attitudes transforment mes actions: c'est du contact pur et le contact me force à œuvrer autrement –la voilà bien la rétroaction.

La première tâche de l'acteur consiste à comprendre qu'ici et maintenant, personne ne va rien lui donner: au contraire, tous essaieront de prendre de lui le plus qu'ils pourront. C'est un fait qui vise à libérer l'acteur des "choses" profondément enracinées en lui, à savoir: la résistance, la réticence, la tendance à se dissimuler derrière des masques, le manque d'enthousiasme, l'obstacle que le propre corps signifie entre l'acteur et l'acte créateur, les habitudes... et même les bonnes manières!. Ceux-ci, et bien d'autres contacts, constituent le poste de contrôle du contact et de l'affinité avec les sources théâtrales appliquées à notre technique au cours du processus de dramatisation.

L'apport du cinéma

Le tournage d'un film constitue un véritable modèle d'interaction en groupe, visant à un équilibre harmonieux pourvu que son produit, le film, soit de bon aloi et donne corps à un message destiné à informer et à former les gens.

Ces caractères importants ont été le motif qui nous a conduit à introduire, à présenter le Psychocinéma en tant que nouvelle issue psychothérapeutique.

Nous pouvons bien dire que le cinéma, sans nul doute, est la forme d'art visuel la plus populaire et la plus diffusée du XX^e siècle et que ses possibilités de devenir un moyen d'expression artistique et de transmission culturelle sont simplement énormes. Le cinéma a forgé ses propres moyens du fait de combiner presque tous les autres arts: la littérature, le théâtre, la peinture, l'architecture, la musique, la poésie, la danse et bien d'autres encore. Même si le cinéma est né dans un atelier, il est né doué des mêmes possibilités que possèdent la poésie et la littérature pour capturer la beauté, la plasticité et la profondeur. Il n'y a pas d'aspect des émotions humaines que le film parlant ne soit pas en conditions d'exprimer.

Maintenant, à la différence du roman écrit par un seul auteur, ou d'une peinture qu'un artiste crée seul à son studio, pour donner forme à un moment donné de la vie, la réalisation d'un film est, pour ainsi dire, l'aboutissement d'un groupe humain harmonieux, stable et cohérent... autrement dit toute représentation sensible se perdrait dans un tourbillon. Mais ce n'est pas le cas ici. Nous avons réalisé les films que nous avons produits selon la technique du Psychocinéma jusqu'à présent. Se convertir en réalisateur signifie assumer un rôle où se mêlent la sensibilité, l'équilibre et l'autorité: ceci, par exemple, nous a permis de rendre nos techniciens (directeur de la photographie, ingénieur du son, assistant du metteur en scène, etc.) conscients que la propre essence du film en question ce sont, d'une part, "la personne concrète en crise" et, d'autre part la séquence sur laquelle nous travaillons en ce moment.

Au moyen de (sensibles) réunions hebdomadaires du groupe –destinées à contrôler, former, renseigner et analyser différentes questions avec toute l'équipe, y compris ceux qui avaient à travailler dans le film comme ceux qui se limitaient à en observer le tournage... mais qui s'unissaient finalement avec l'équipe- nous avons été à même d'obtenir un meilleur jeu puisqu'à la fin, comme nous venons de le dire, l'individualité de chacun s'intégrait au groupe. Bien sûr, le tournage d'un film c'est un art en coopération mais (et cela arrive dans n'importe quel travail créateur en groupe), il faut que quelqu'un assume le rôle de conducteur, de support, quelqu'un qui se charge de l'équilibre du groupe: autrement dit, quelqu'un qui agisse comme régulateur homodynamique de l'acte créateur.

Les sources de notre technique. Serghei Eisenstein

Après avoir étudié le génie civil, l'architecture et la peinture, Eisenstein s'était consacré à la cinématographie. Pudovkine considérait que le montage est le moyen le plus approprié pour extraire une idée à partir de différents éléments séparés. Au contraire, Eisenstein préférait un montage dynamique grâce auquel une idée non exprimée éclatait, pour ainsi dire, en tant que dénouement de deux (ou plusieurs) éléments indépendants entrés en collision (Eisenstein, 1962).

Eisenstein profita de son premier film, "La grève" pour mettre ses théories à pied d'œuvre (ils les avait déjà esquissées au cours de productions théâtrales) incarnées dans un "montage-attraction": ce qu'il entendait par attraction c'était une série de sensations violentes imposées aux spectateurs. Dans "La grève", il insérait, au cours d'images montrant des chômeurs brutalement mis à mort par la police tsariste, des prises de vues de bétail saigné à blanc à l'abattoir. Plus tard, il allait produire "Le cuirassé Potemkine", l'un des chefs-d'œuvre de l'histoire de la cinématographie mondiale. Tourné en quelques semaines à Odessa avec quelques acteurs professionnels, le peuple d'Odessa et la flotte russe, on pourrait dire que, plus qu'un film en soi, "Potemkine" ce sont des actualités re-crées. Et, comme nous le savons tous, l'apogée du film c'est la charge des soldats contre les civils dévalant les gigantesques escaliers à l'air libre. C'est bien là où Eisenstein applique (avec de fortes doses de force, de fantaisie et de rigueur logique) son concept du montage cinématographique: "Nous avons réussi à incorporer des idées abstraites en image, réduisant, si l'on veut, l'abstraction à quelque chose de concret. Il ne s'agissait pas seulement d'un problème de 'traduction': traduire une idée au moyen d'une anecdote ou d'une histoire, mais bien plutôt un problème de trouvaille: trouver, par le travers des images, le moyen de faire surgir des réactions, des sentiments –ce que nous

avons souhaité découvrir dès le tout début". Donc, l'idée, c'est de produire une série d'images composées de telle sorte qu'elle sont capables de provoquer un mouvement affectif et une série d'idées dans l'esprit des spectateurs. De l'image au sentiment, du sentiment à la thèse.

Lorsque l'on procède de cette façon, il est possible de se convertir en symboliste mais il faut toujours tenir compte du fait que le cinéma est le seul art "concret". Tout aussi concret que dynamique et capable de mettre en mouvement les activités de la pensée. Le voilà bien le terrible dualisme entre la pensée ou spéculation philosophique pure et le sentiment plus émotion. Au tout début du monde, à l'aube des temps (nous n'aimons pas l'expression "la nuit" des temps), aux époques magiques et religieuses, la science n'était qu'un élément propre à susciter l'émotion au même titre que la sagesse collective. Ensuite, lorsque le dualisme vint s'établir et pour longtemps, il y eut du changement et, aujourd'hui, nous avons d'un côté la philosophie spéculative et l'abstraction pure et, de l'autre, l'élément "émotion pure".

La technique du Psychocinéma

La critique la plus commune, née de toute discussion libre opposée à l'idée d'appliquer des relations interpersonnelles aux activités programmées qu'un thérapeute de groupe peut introduire, c'est que ce seul fait va renforcer nécessairement le rôle autoritaire de ce thérapeute. On aurait l'impression que le thérapeute "compose" l'indésirable atmosphère qui entoure tout chef de file (pour ne pas dire dictateur), au lieu de créer une ambiance aimable susceptible de soutenir un bon dirigeant situé au milieu du groupe en question. Nous n'allons pas nier que, lorsqu'il s'agit d'un groupe –même si l'on doit recourir à des décisions d'ensemble au moment de décider si l'on applique tel ou tel programme (et ceci est particulièrement vrai au moment de décider l'élaboration, le développement et la production d'un film)- le thérapeute constitue la principale force conductrice dans l'ombre; fait qui, momentanément, cause le pas-si-heureux-effet de renforcer sa position centrale et dirigeante de leader.

Oui mais, si l'idée est de produire, au sein d'un groupe thérapeutique, un processus d'apprentissage que se caractérise par ne pas craindre les figures hiérarchiques, il serait erroné de ne pas maintenir cet effet, une fois surpassée la phase initiale. Si l'on offre des programmes (Bach, 1958) nous pensons que les manifestations explicites du groupe quant à leur souhaits spontanés vont surgir et, de la sorte, il serait possible de découvrir les chemins appropriés qui mèneront le groupe vers la liberté individuelle de l'expression. Si cette tâche est correctement menée, ç'aura été un bien pour la cohésion du groupe et, ainsi, le fait de dépendre

d'un dirigeant perdra peu à peu sa "force" au fur et à mesure que le temps passera.

Une fois que le dirigeant a mis les événements en marche, il lui est possible d'établir une routine pour le groupe, indépendamment de son "guidage" premier.

Le domaine des forces psychologiques intégré par les échanges émotionnels et inconscients entre les membres d'un groupe thérapeutique crée de nombreux rôles dont il faut prendre soin si l'on veut assurer le meilleur fonctionnement possible, le fonctionnement le plus harmonieux possible de la vie en groupe. Sélectionner et relever les remarques et observations des membres du groupe est un rôle rapide à apprendre, et c'est un fort bon moyen pour que les individus établissent des relations dans le groupe. Depuis l'objectif que nous avons adopté, quiconque (donc, pas forcément le thérapeute) est capable de remplir ce rôle (Grinberg, Lange, Rodrigué, 1961).

Entre les rôles créés par le groupe, quelques uns exigent une certaine habileté technique, ainsi qu'un peu de familiarité avec la dynamique (psychologique) de groupe, d'autant plus que nous traitons avec un groupe thérapeutique jouissant d'un plus haut degré de démocratie – donc, le groupe n'est pas complètement au courant du vécu antérieur des camarades qui le composent. A cause de son expression libre (bien que guidée), la structure du groupe est une *terra incognita* pour les patients qui en sont membres là où il est à supposer que le thérapeute-dirigeant non seulement sait ce que "structure de groupe" signifie mais encore ses connaissances ne doivent pas créer d'anxiété chez les individus. De telle sorte que cette structure peut, à la fois, être un raffermissement et une ouverture vers d'autres voies. Entre autres, ces voies peuvent être à l'origine de moyens qui permettront au groupe de se mobiliser vers les buts mêmes de ce groupe. C'est donc une perspective qui va permettre les expressions libres, et permettre aussi que les tendances vers l'action et les sentiments (soit vécus, soit refoulés) se libèrent aussi amplement que possible.

Quels sont les avantages de ces activités?

1. Comparer l'activité d'un individu avec le contenu des diverses activités du groupe.
2. Constater que les programmes tendent à équilibrer la participation de la minorité la plus faible.
3. Constater –puisque le rôle du thérapeute consiste à réduire l'anxiété– que les programmes n'altèrent pas forcément son rôle.
4. Constater que les programmes d'activités aident à extérioriser les défenses.
5. Constater que le rituel des programmes permet d'exercer une différenciation entre la culture de la micro-communauté (c'est-à-dire la culture propre au groupe thérapeutique) et la

culture de tous les jours de Monsieur Tout-le-monde.

Si nous tenons compte du milieu où se déroule notre tâche (l'hôpital psychiatrique public) le travail se déroulera selon les règles de ce qui se connaît comme "groupe thérapeutique continu": si l'un des participants abandonne le groupe, un autre patient le remplace immédiatement (le premier peut avoir été renvoyé guéri de l'hôpital ou peut avoir trouvé qu'il lui était difficile de s'adapter à la dynamique de groupe, par exemple).

Depuis 1970 ce qui avait été une première expérience de soixante-douze mois... continue jusqu'à ce jour sans interruption, qu'il s'agisse de sessions de deux heures trois fois par semaine, avec un coordinateur et un observateur, plus deux heures de sessions de Psychocinéma.

Pratiquement, aucun patient ne manque une session. Lorsque quelqu'un vient à manquer, son absence est prise fort au sérieux par les autres membres du groupe. En règle générale, nous pouvons dire que tout patient (ou patiente) fait de son mieux pour ne pas manquer. Cependant, en leur grande majorité, les absences sont dues à des motifs presque inévitables: une maladie somatique qui cloue ce patient au lit; le patient qui doit se soumettre à une prescription pharmacologique déterminée; un permis de sortie. La moyenne d'heures contact-groupe que nous avons eue va de quatre-vingt heures-contact (à la fin desquelles un patient dut abandonner le groupe) à neuf cent cinquante heures-contact. L'ambiance des sessions s'alimente d'images, scènes d'action, développement des rôles, moments de tension et moments détendus: autrement dit, une atmosphère fort dissemblable de celle que l'on peut observer pendant les entrevues qui se déroulent régulièrement soit au cabinet de consultation du psychiatre particulier ou à l'hôpital public. Notre tâche, comme coordinateur, consiste à aider les patients profondément troublés à maintenir non seulement leur angoisse personnelle mais encore les émotions du groupe dans des limites "contenables" parce qu'il faut avoir soin d'empêcher le groupe de fonctionner comme si ses membres se trouvaient sur un véritable plateau de tournage –c'est-à-dire ne pas donner au groupe l'occasion de s'adonner à l'auto-affirmation défensive, à l'exhibitionnisme ni à l'"analyse sadomasochiste".

En ce qui concerne le point de vue opératif du Psychocinéma ses éléments (trois étapes et sept éléments) sont comme suit:

- Les étapes de la technique:

1. Pré-production: mise en œuvre, dramatisation, commentaires, thèmes à introduire dans le scénario.

2. Tournage: jeu, commentaires, évaluation (le groupe travaille comme une micro-communauté créatrice et thérapeutique).

3. Post-production: mise en œuvre, dramatisation, commentaires, thèmes à discuter, analyse sociologique.

- Les instruments:

1. Protagoniste (patient/patiente).

2. Studio – situation.

3. Interaction de professionnels.

4. Réalisateur-thérapeute.

5. Co-participants.

6. Observateurs sans participation.

7. Interaction de techniciens.

En voici une brève explication:

- Le/la patient-patiente protagoniste. Cette personne est l'axe même du Psychocinéma: elle propose le thème à être dramatisé. Ce thème sera utilisé pour rédiger le premier scénario puis un autre, plus élaboré. Cette personne, ensuite, jouera son propre rôle. En d'autres termes, elle devient en même temps auteur et acteur. Cette technique est très semblable à celle du sociodrame où, en général, le protagoniste... est le groupe complet.

- Studio – situation. C'est l'endroit où la dramatisation a lieu: il peut s'agir d'un studio ou d'un extérieur. Les espaces libres où l'action peut se réaliser amplement sont préférables. En général, le patient sait bien que la situation à jouer c'est un "faire semblant": de telle sorte, les résistances diminuent lorsqu'il faut s'attaquer à la tâche créatrice-thérapeutique.

- Interaction de professionnels. Ces professionnels doivent posséder un bon fonds psychiatrique et psychologique et avoir reçu la formation suffisante parce qu'ils vont collaborer directement avec le réalisateur-thérapeute pour faciliter au protagoniste-patient l'extériorisation de ses conflits intrapsychiques (sa relation dramatique intérieure qui mènera vers certain climat émotionnel capable de susciter la situation à jouer). Parfois, ce professionnel joue, ou complète, des rôles que certains patients ne sont pas en mesure de représenter.

- Réalisateur-thérapeute. Le thérapeute coordonne le groupe de dramatisation de même que le flux des idées. Il peut également mettre le film en scène ou non (autrement dit, un réalisateur professionnel peut se charger de la mise en scène du film). Notre expérience nous a permis de vérifier que joindre toutes les activités de coordination en une seule personne permet de créer un groupe bien harmonisé, donc établir une plus grande possibilité opérationnelle pour la pratique médicale au moyen de la cinématographie. Bien sûr, si une seule et même personne est à la fois le réalisateur et le thérapeute, cela aidera à organiser tout ce qui peut surgir des patients, qu'il s'agisse du verbal ou du corporel –ce qui, à son tour, favorisera la prise de conscience chez ces patients.

- Les co-participants. Ce sont des patients qui "travaillent", pour ainsi dire, comme spectateurs. Dans un certain sens, ils représentent la société.

Ces co-participants exercent une grande influence sur les acteurs pendant les sessions de dramatisation.

- Observateurs sans participation. Chaque observateur prend note (à partir de ses observations directes) des communications verbales et non verbales qui ont lieu pendant la session. Il y a deux observateurs: l'un d'eux prend note uniquement des aspects verbaux, l'autre des corporels seulement et, ceci, parce que le groupe de Psychocinéma comprend un plus grand nombre de participants que les groupes habituels (entre dix et douze personnes). En même temps, chaque observateur échange ses idées avec le thérapeute quant à ce qui est arrivé pendant la session de groupe. En général, l'observateur provoque de différents grades d'anxiété parce qu'il sert comme écran sur lequel projeter les relations d'objet et les tendances inconscientes.

- Interaction de techniciens. Il s'agit de techniciens des diverses spécialités de la réalisation cinématographique possédant à la fois une bonne formation en psychiatrie, psychologie et sociologie, étant, de plus, bien au courant de tous les aspects inclus dans cette technique spéciale qui vise "la personne concrète en crise".

Pendant les sessions de dramatisation, trois facteurs agissent de façon importante:

1. Le premier facteur est l'action qui a lieu pendant l'interaction entre les acteurs-patients et les professionnels sur ce qui tient lieu de "studio" ou "extérieur"; facteur qui, à son tour, influence les co-participants.

2. Le second facteur est l'action menée par le groupe de co-participants: l'action constitue un agent thérapeutique pour tout autre co-participant étant donné que cette co-participation reçoit l'influence de l'action en cours. A leur tour, les co-participants exercent leur influence par le biais de leurs réactions aussi bien sur le protagoniste-patient que sur les professionnels en interaction pendant le processus dramatique.

3. Le troisième facteur est le rôle du réalisateur: en vérité il exerce son influence sur le ou les acteurs-patients se trouvant sur le plateau ou en extérieur, et sur les co-participants, à part unir les commentaires et les analyses qui surgissent des deux groupes.

Technique opérative post-dramatisation

Après les thèmes de dramatisation proposés par les patients pendant ce que nous avons dénommé "les sorties de secours vers la création", nous revenons vers ce qu'Enrique Pichon-Rivière (1960-63, 1980) a proposé: son schéma du cône inversé grâce auquel nous pouvons établir des catégories au sein des vecteurs d'appartenance, de coopération, de pertinence, de communication, d'apprentissage et de "tele" –c'est-à-dire, les modes d'interaction susceptibles d'être observés dans toute activité de groupe.

Nous sommes d'avis qu'un groupe opératif et qu'un groupe de Psychocinéma peuvent recevoir la même définition: c'est une réunion de gens unis par des constantes de temps et d'espace, articulée par leur représentation intérieure mutuelle; réunion dont l'intention implicite ou explicite est celle de mener à bien une tâche qui, en réalité, constitue le but même du groupe: en l'occurrence, la création.

La tâche de notre groupe vise à socialiser les sujets, ce pourquoi nous leur offrons le système adéquat de référence et une base qui leur permettra de réussir une adaptation active à la réalité: une fois que le sujet a été modifié il modifie le milieu ambiant à son tour en un jeu dialectique permanent.

Aussi bien l'éclaircissement que la gestion des vecteurs d'appartenance, de communication, de pertinence, de coopération et d'apprentissage permettront d'approcher les angoisses déclenchées par le changement de situation que tout groupe doit traverser.

En ce qui nous concerne, nous entendons l'"appartenance" comme le sentiment qui a été inclus dans un groupe: le sentiment de se voir identifié avec les événements et les vicissitudes que doit traverser un groupe. Au moyen de la pertinence, les membres d'un groupe peuvent "voir" les autres membres, ils sentent que ces membres sont inclus dans leur propre monde intérieur, ils sentent qu'ils les absorbent, pour ainsi dire. Grâce à la pertinence, tout membre d'un groupe sait qu'il peut compter sur les autres, qu'il peut dresser le plan de la tâche du groupe et inclure les autres membres dans la tâche en question. La pertinence permet d'établir l'identité du groupe de même que celle de chaque membre du groupe au sein de ce groupe. Sartre disait (1963) que tout groupe qui ne "revient" pas sur lui-même en tant qu'acte, court le risque de tomber dans ce qu'il appelait la "sérialité". Tout sujet qui se considère membre d'un groupe, tout sujet qui considère appartenir à un groupe acquiert une identité, une référence de base qui lui permettra d'"entrer en situation", donc élaborer les stratégies nécessaires au changement.

Au moyen de l'appartenance, de la coopération et, basiquement, de la pertinence où s'entrelacent la communication aussi bien qu'apprentissage et "tele", le groupe peut se totaliser, autrement dit se "faire" petit à petit, dans et par la propre tâche du groupe. En d'autres termes, le groupe pourra se travailler comme tel.

Si nous suivons les idées de Sartre lorsque nous mentionnons "un groupe en tant qu'acte" ou "un groupe se construisant de façon permanente comme tel", nous devons tenir compte du rôle fondamental que joue la dialectique intérieure au moment d'établir les relations constituantes du groupe en question. Et c'est pourquoi, dans cette

définition, nous avons mis l'accent sur le fait qu'un groupe est une réunion de gens articulés par leur représentation intérieure mutuelle – représentation qui respecte les caractéristiques du modèle dramatique.

La dialectique intérieure est celle du groupe intérieur dont le contenu (si nous allons suivre ce modèle) est la fantaisie inconsciente. Au moyen de cette dialectique, chaque participant atteint un total, une synthèse qui "fait" le groupe, qui constitue le groupe lui-même. Selon la terminologie sartrienne, semblable dialectique – aussi bien l'intérieure que l'extérieure- conduit le groupe à transcender la sérialité –pourvu que la sérialité soit entendue comme "dispersion".

La tâche, le sentiment d'appartenir à un groupe, et une représentation intérieure mutuelle élaborée en relation à la tâche en question sont des faits qui construisent un groupe comme tel. La tâche n'est pas autre chose que le groupe en marche vers son destin. La tâche signifie "groupe qui se fait lui-même" et "construction dialectique", si l'on veut, vers un propos qui deviendra à la fois une pratique et une trajectoire. De plus, il faut avoir recours aux concepts suivants: émergence, porte-parole et dirigeance.

Les stratégies auxquelles nous avons recours pendant la post-production.

L'intra-groupe et la communauté

Une fois que le groupe a mené à bien son produit créateur, nous utilisons ce produit (le film) de façon à ce qu'il tienne lieu d'objet intermédiaire visant à un propos thérapeutique. C'est alors que s'établit la stratégie intra-groupe.

La stratégie de l'expérience

1. Utiliser le cinéma comme objet intermédiaire entre patient et thérapeute.
2. Rechercher l'alternance inter-subjective.
3. Elaborer les contenus manifestes pendant le débat.
4. Elaborer les contenus latents au niveau de l'équipe thérapeutique.

La stratégie de l'équipe

1. Moduler les interactions pour essayer d'entraver toute possibilité menant aussi bien aux stéréotypes qu'aux manœuvres caractéropathiques.
2. Aborder:
 - les thèmes,
 - les personnages.

Les rôles

1. Le coordinateur.
2. L'observateur.
3. Les co-participants.
4. Les co-participants qui participent réellement (les patients).
5. Les co-participants qui ne participent pas (les invités).

Pendant la première étape, les expériences relatives à faire connaître la tâche accomplie au sein de la communauté en question, ont été menées dans des milieux déterminés où il était possible de découvrir un haut degré de motivation destiné à éclaircir un trouble mental. C'est pourquoi nous soutenons que, depuis 1970, nous avons contribué à une plus grande prise de conscience quant à la santé.

Grâce aux différentes variations de nuance que nous avons pu observer pendant les débats menés en de différents milieux, nous avons été à même de dépister des différences significatives quant aux préjugés contre les patients affectés de troubles mentaux et, ceci, dans divers milieux: le social, le culturel et l'économique.

Cette idée nous a fait conduire une enquête dont la base repose sur les différents degrés du préjugé. Nous pensions dépister les éléments susceptibles de signaler quel est le degré de préjugé contre les malades mentaux même si voir le film et participer du débat suivant peut contribuer à modifier tant soit peu l'opinion du public à ce sujet. A partir de 1974, nous avons introduit ces éléments dans ce que nous avons créé sous le nom de Programme de Prévention Permanente (et qui a été utilisé sans interruption en Argentine depuis lors).

Comme pourrait dire J. Lévy-Moreno: "Même s'il est important de produire un film thérapeutique, il est bon de comprendre que le but principal n'en est pas la production en soi. C'est le traitement des "acteurs", des patients et du public. Qui peut savoir si la valeur thérapeutique d'un film, grande pour les patients qui ont collaboré à la production, n'est pas encore plus grande pour les millions de "moi-spectateurs"? A dire vrai, les spectateurs sont "le" patient pour lequel le film a été conçu, et la preuve finale c'est le bénéfice que les spectateurs peuvent en tirer".

En résumé, et selon notre expérience, la technique du Psychocinéma offre d'importantes possibilités pour la rééducation du patient soit psychotique soit consommateur de stupéfiants étant donné que cette technique lui permet:

1. de dramatiser les situations auxquelles il ne serait pas capable de donner forme verbale,
2. d'aborder activement la réalité,
3. de rétablir un système de communication hautement endommagé,
4. de créer une voie menant à la créativité.

C'est ce que cause le Psychocinéma chez un groupe de marginaux. Ainsi, ces personnes reviennent vers leur communauté en même temps qu'ils deviennent les agents promoteurs du change car, en tout premier lieu, ils ont changé.

Revenons-en à ce que disait Sartre: "ceux que l'on appelle marginaux –en d'autres termes, les opprimés- n'ont jamais été "au dehors". Ils ont toujours été "au dedans". Donc, la solution, pour eux, ne signifie pas leur intégration, leur

incorporation dans une structure qui les traite mal. Où se trouve la solution? réussir à ce que les gens transforment la structure d'une façon telle qu'ils puissent devenir des êtres "pour soi".

Quelques unes de nos productions

Jusqu'à présent, nous avons produit dix-huit films de Psychocinéma aussi bien avec des patients psychotiques que consommateurs de stupéfiants. Chaque film a été donné à la Cinémathèque argentine de sorte que celle-ci, à son tour, peut en fournir des copies à d'autres cinémathèques de l'étranger. Nous avons utilisé quelques éléments de notre technique pour le tournage de vingt-quatre téléfilms qui ont été donnés à la bibliothèque centrale de vidéos (soutenue par la Fondation Stern) de la Faculté de médecine de l'Université de Buenos Aires.

Nos films ont remporté les prix suivants:

- Festival du film expérimental, Lugo, Espagne, 1970. Meilleure réalisation et meilleur scénario pour "Francisco" (François).
 - Festival international du film scientifique, Madrid, Espagne, 1972, dans la catégorie "Exemples d'éducation universitaire à distance" pour "Estigmas" (Les stigmates).
 - Congrès scientifique de la créativité, Istanbul, Turquie, 1975. Prix à la créativité pour "Francisco".
 - Festival du cinéma "chicano" (*), Los Angeles, Etats-Unis, 1977. Prix pour "Francisco" pour lequel fut créée une catégorie spéciale.
- (*) Terme américain qui désigne les immigrants de langue espagnole, généralement mexicains.
- Festival de cinéma et vidéo, Buenos Aires, Argentine, 1984. Pris à la créativité pour "Francisco".

Les présentations vont se renouveler, pendant 2003 :

- Festival du cinéma latinoaméricain, en mars, à Austin, Texas, Etats-Unis, le tout dernier téléfilm de Miguel Angel Materazzi: "Ruth Baar".
- Festival du cinéma latinoaméricain, en novembre, à New York, Etats-Unis, "Ruth Baar" également.

Bibliographie

1. BACH G.R. Psicoterapia intensiva de grupo (*Psychothérapie intensive de groupe*) Buenos Aires, Hormé, 1958.
2. BOOK P. El espacio vacío (*L'espace vide*), Madrid, Península, 1973.
3. EISENSTEIN S. El sentido del cine (*Le sens du cinéma*), Buenos Aires, La Rreja, 1962.
4. GRINDBERG I., LANGE M., RODRIGUÉ E. Psicoterapia de grupo (*Psychothérapie de groupe*), Buenos Aires, Paidós, 1961.
5. GROTOWSKI J. Teatro laboratorio (*Le théâtre comme laboratoire*), Barcelone, Tusquets, 1970.
6. LEVY-MORENO, J. Psicodrama (*Le psychodrame*) Buenos Aires, Hormé, 1965.
7. LEVY-MORENO J. Psicomúsica y sociodrama (*Psychomusique et sociodrame*), Buenos Aires, Hormé, 1965.
8. MATERAZZI M.A. Cinematografía terapéutica (*Cinématographie thérapeutique*), Buenos Aires, Drusa, 1971.

9. MATERAZZI M.A. Psicoterapia grupal en la psicosis (*Psychothérapie de groupe dans la psychose*) Buenos Aires, Paidós, 1975.
10. MATERAZZI M.A. Salud mental: algunos desarrollos dinámicos (*Santé mentale: quelques développements dynamiques*), Buenos Aires, Salerno, 1993.
11. MATERAZZI M.A. Cuentos para la hora de partir (*Contes pour l'heure du départ*), Buenos Aires, Salerno, 1995
12. MATERAZZI M.A. Psicocine 2000 (Psychocinema 2000) Buenos Aires, Salerno, 1993

13. PICHON-RIVIERE E. Apuntes de curso (*Notes de cours*), Buenos Aires, Escuela de Psiquiatría Dinámica, 1960-63
14. PICHON-RIVIERE E. Proceso creador (*Le processus créateur*) Buenos Aires, Granica, 1980.
15. SARTRE J-P. Crítica de la razón dialéctica (*Critique de la raison dialectique*) Buenos Aires, Losada, 1963.
16. WINNICOTT D.W. Realidad y juego (*Le jeu et la réalité*), Buenos Aires, Granica, 1972.

ⁱ Directeur de l'Hôpital de psycho-assistance interdisciplinaire "José T. Borda", Buenos Aires, Argentine.

ⁱⁱ Il est à remarquer que toutes les citations ont été retraduites au français à partir de la version espagnole des textes mentionnés.

Edición Electrónica: Alejandro Stern Producciones.



Buenos Aires - Argentina - Julio 2004.