

## **Aguafuertes Pensando la clínica**

**Ariel Damian Goisin<sup>1</sup>**

### **Resumen**

El presente trabajo tiene por objetivo reflexionar sobre diferentes situaciones clínicas desde la mirada de Freud y diversos autores contemporáneos del Psicoanálisis. Autores como Guiard, Jiménez, Korman, Canestri, Galende e Isaharoff proponen nuevas líneas para pensar la clínica, que se convierten en interesantes herramientas para enriquecer los tratamientos. Se pensará a Galende y sus cuestionamientos acerca de un modelo de salud cosificante. A Canestri invitándonos a comprender los psicodinamismos de pacientes con experiencias muy primitivas en que lo perceptivo, psicosensorial o lo corporeo no han encontrado la posibilidad de ser traducidos al registro de lo simbólico. Juan Pablo Jiménez nos enseña el mejor pragmatismo cuando no titubea en jerarquizar el concepto de foco en el campo terapéutico, a la vez que Isaharoff hace lo suyo con algunos elementos comunicacionales tan olvidados en reiteradas ocasiones. Para concluir se avanzará con los desarrollos de Guiard sobre lo que ocurre con nuestros pacientes en los postratamientos. Se ilustrará para cada uno de los autores con recortes clínicos.

**Palabras clave:** psicoterapia - intervenciones - clínica - psicoanálisis - terapéutica

### **Abstract**

This paper aims to reflect on different clinical situations from the perspective of Freud and different psychoanalysis contemporary authors. Authors as Guiard, Jimenez, Korman, Canestri, Galende and Isaharoff propose new lines to think about the clinic which become interesting tools to enrich our treatments. We will consider Galende and his questioning about an objectifying health model and Canestri who invites us to understand the psychodynamics of patients with very primitive experiences that perceptive, or psycho-corporeal has not found the possibility of being translated into the symbolic register. Juan Pablo Jimenez teaches us the best pragmatism when he doesn't hesitate to privilege the concept of focus in therapeutic field, while Isaharoff rescue as well communicational aspects repeatedly forgotten. To conclude we will move to Guiard to approach what happens with our patients after they finish their treatments. Each of the authors will be illustrated with clinical cuts.

**Keywords:** Psychotherapy - interventions - Clinical - psychoanalysis - therapeutic

---

<sup>1</sup> Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.

## Introducción

*Aguafuertes porteñas* es una obra de Roberto Arlt, que reúne artículos literarios publicados periódicamente en prensa a inicios de la década del 30. Tal denominación remite a un término pictórico vinculado a estampas grabadas de gran difusión en tiempos de Rembrandt, Goya y los expresionistas alemanes.

Al momento de iniciar la escritura de este trabajo me puse a reflexionar sobre el formato a elegir. Recordé los bocetos de ciudades de croquiseros y las fotografías de las calles de nuestras ciudades latinoamericanas de muchos fotógrafos que admiro. Arlt en sus aguafuertes pintó aldeas y así lo hizo con el mundo. Decidí embarcarme en la tarea de pintar a diferentes autores. De manera desordenada, guiándome por lo que mi intuición me dictara. Mi bloc de hojas blancas será dedicado a bocetar reflexiones sobre aquellos clínicos que me regalaron la posibilidad de lo que todo buen fotógrafo anhela: poder observar lo que para muchos transeúntes pasa desapercibido. La belleza está más al alcance de lo que creemos.

## Clínica

Claros diferencias se presentan cuando aplicamos el término clínico al campo médico o al psicoanalítico. Más allá de considerar a la medicina una ciencia humana y no una ciencia exacta, pareciera que su modelo busca imbuir al profesional de teoría, para que en la inspección del paciente pueda develar las incógnitas que ese «objeto de estudio» presenta. La glucemia, superando ciertos valores, dicta el diagnóstico de diabetes y sobre ello no hay punto de discusión. En el campo de la psiquiatría la situación se complejiza. Se intenta muchas veces sistematizar al estilo de la nosografía médica tradicional, pero empiezan a molestar cabos sueltos que no se ajustan con perfección a

los parámetros clasificatorios establecidos. El pensamiento clínico debe entenderse como una actividad sistemática que nos invita a pensar en nuestros pacientes una y otra vez. Intentamos ver de qué manera los instrumentos nos sirven para confeccionar, como sastres pacientes, delicados trajes a la medida de nuestros analizantes, seres humanos cambiantes que proponen que muchas veces debamos trabajar sobre los ruedos y las sisas.

Galende (1990), cuando cuestiona a la razón psiquiátrica, se pelea con los paradigmas cosificantes de la psiquiatría clásica y defiende la posición de volver a otorgar carácter de Sujeto de Enunciado a quien recibe atención. Dejar de ser enunciado y volver a enunciar otorgaría ese valor diferencial para ese *taylor made* que distingue a nuestros tratamientos.

Pensar clínicamente es hacerlo desde la apertura y animarse a dejarse sorprender por nuestras reflexiones cada vez que consideraciones propias debatan con los corpus teóricos que manejamos y con las opiniones de otros colegas de nuestro campo. Ese vínculo que construimos sesión a sesión con nuestros pacientes y el «pensamiento flotante» que nos acompaña en el lapso que transcurre hasta nuestro próximo encuentro con ellos nos da el derecho, por lo menos, a conjeturas propias sobre lo que le ocurre a este sujeto en sufrimiento. El concepto de «pensamiento flotante» que seguramente acuñé en la línea de la atención y teorización flotante se vincula a reflexiones que navegan nuestro psiquismo de manera impertinente y en los momentos menos pensados nos brindan ese tan gratificante Eureka del Genio de Siracusa.

## Cicatrices

Juan no está más en tratamiento conmigo. Cuando acudió a la primera entrevista yo ya había mantenido conversación con su psiquia-

tra quien refería una psicosis paranoide para mi visitante al consultorio. No fue fácil tratar de escuchar y pensar sin esta voz que dictara este rótulo. A viva voz clamaba que los males de su vida obedecían a la cicatriz en su empeine derecho que había tenido lugar cuando un accidente con una puerta tijera de ascensor. La aparente irreductibilidad de esta creencia a las primeras indagaciones creo habría equivocado el diagnóstico. Cierta lógica del pensamiento me orientaba, con algunas dudas, a un paciente con un cuadro de neurosis obsesiva severa. En interconsulta con su psiquiatra aceptó mi evaluación y modificó la medicación para abordar este tipo de cuadros. El diagnóstico se mantuvo en construcción durante un lapso prolongado. Considero que «escuchar» a este paciente permitió visibilizar que esa creencia irreductible era solo su grito desesperado que exigía se lo tuviera en cuenta y que no se le restara importancia a su pensamiento. Cuando registró que su palabra importaba esta cicatriz dio lugar a otras cicatrices de su historia.

El trabajo artesanal que realizamos en nuestros consultorios exige que prestemos especial atención a las singularidades de cada paciente. Una misma imagen en el sueño de dos pacientes podría cargar perfectamente con significaciones distintas. Por tal razón podemos afirmar que el sentido que un sueño presenta solo podrá ser abordado en relación con las significaciones que genera en quien lo construyó. Freud aclara con fuerte énfasis que debemos apartarnos de la vía de disponer de un protocolo que nos permita leer qué significado corresponde a una determinada representación onírica de manera estandarizada. Se vale de sus desarrollos teóricos de «La interpretación de los sueños» para explicarnos los psicodinamismos avanzando más allá del terreno onírico. El arte de la interpretación es desarrollado por Freud en este artículo en el cual el

autor propone que «el sueño posee realmente un significado y que es posible un procedimiento científico para interpretarlo». Este *modus operandi* registrará entonces en el trabajo clínico y dialoga armónicamente con lo propuesto por Galende cuando exige el profundo respeto por la singularidad de los pacientes.

## **Construcciones**

Canestri (2008) plantea el interrogante relacionado a cómo abordar a pacientes cuando el analista desarrolla su tarea con un sistema conceptual al que el paciente no está en condiciones de acceder. Hace referencia a pacientes con experiencias muy primitivas en que lo perceptivo, lo psicosensoorial o lo corpóreo no han encontrado la posibilidad de ser traducidos al registro de lo simbólico. Estas marcas en este nivel de registro determinan que, cada vez que son activadas, un grado de desorientación profundo invada a quien las experimenta. Este tipo de pacientes se encuentran a merced de un *quantum* que no dominan, en una situación que en algún aspecto podría remitir a etapas muy precoces de su desarrollo.

Freud, en su texto «Construcciones en Análisis» (1937), establece las diferencias entre la interpretación y la construcción como posibles intervenciones en el tratamiento analítico. La interpretación —explica— se realiza sobre un elemento particular del material del paciente como un lapsus, sueño o fallido. La construcción aportaría al paciente «una pieza de su prehistoria olvidada», un elemento de autoría del analista que posibilitaría al paciente la continuación del movimiento de la cadena asociativa. La referencia a la prehistoria no constituye un detalle menor si la pensamos como el análisis y la comprensión de los hechos previos a la invención de la escritura. Donde existen marcas no anudadas a la palabra el analista debería intervenir con una construc-

ción. En la elaboración de esta pieza no es relevante si guarda fiel respeto al acontecer objetivo, sino si permite el movimiento psíquico necesario para el tratamiento analítico.

Miguel Raab, artesano relojero, dedicó su vida a reparar relojes mecánicos fabricados hasta 1950. Explicaba en un documental sobre su vida que pasó décadas aprendiendo infinidad de oficios para poder diseñar piezas faltantes para los guardianes del tiempo. La falta de un elemento en la compleja ingeniería de un reloj de bolsillo era razón suficiente para detener su movimiento. Raab entregó todo su tiempo a estas «construcciones» que volvieron a dar vida a las máquinas que acompañan con su tic tac. Con una original pieza perdida —podría haber sido la de Raab o la de otro artesano relojero—, solo importaba que las agujas no interrumpieran su movimiento.

Cuando Freud desarrolla este concepto invita a pensar en la posibilidad de que el juego asociativo continúe y desde este lugar favorecer una mejor historización en el paciente. Canestri introduce esta herramienta como aquella que favorecerá que marcas de inermidad en un sujeto encuentren otro registro de expresión. Pacientes con un alto nivel de carencia en su estructuración narcisista, inundados por situaciones que ponen en juego su condición de ser, encuentran vías de salida hacia lo simbólico desde el armado que su terapeuta les propone. El andamio que el paciente recibe y del que posteriormente se apropia hace posible un desarrollo de juego en el que participa. Puede realizar movidas, en lugar de encontrarse en una partida en la que todavía no termina de construirse como participante.

## Muñeca de trapo

Paula inicia su tratamiento con sesiones donde su llanto profundo parecía volverse el único sonido posible. Su cuerpo cae en la silla

que con dificultad intenta sostener a esta pálida muñeca de trapo que busca erguirse en cada pequeño y esforzado movimiento. El trabajo en sesión y la medicación ayudan a que la paciente pueda empezar a transitar algunos contenidos de su historia. Su mirada busca permanente aprobación en su analista, indaga sistemáticamente si lo que refiere son locuras, ruega que la guíe. Paula se expone sistemáticamente a situaciones de riesgo, acompaña a su novio en moto sin casco a altas velocidades y practica sexo ocasional sin cuidado (más allá de que lo desea no puede exigirle a su partenaire el uso de condón). Busca independizarse de sus padres y a pesar de contar con un trabajo con una remuneración que le permitiría alquilar un lugar no se anima a dar el paso. Cada vez que repara en que piensa diferente a su madre en algún tópico no entiende por qué pero estalla en llanto. No puede hablar, su cuerpo se transforma, se acurruca, esconde su cabeza y se ahoga en lágrimas. Su postura implora por un abrazo que la contenga y tranquilice. En cada oportunidad que Paula busca razones para explicar esta reacción encuentra un vacío que la desespera. Su cuerpo explica lo que su palabra no puede. Pude recordar alguna alusión a un cuadro de depresión de su madre y a su militancia política fuerte al momento de nacer su hija. Propuse a mi paciente la hipótesis de que quizás al momento de necesitar el mayor cuidado por parte de su madre ciertas dificultades que atravesaba determinaron que no estuviera en la mejor situación para transmitirle el sostén que necesitaba. A su vez era posible que el peligro cotidiano de la militancia, el temor permanente a la persecución y caída en manos de los militares hubiera sido registrado en algún lugar por su hija quien habría experimentado un grado de desvalimiento e inermidad importante. Paula pudo comenzar a poner palabras a ese cuerpo en caída. Refirió que esa postura corporal que mantenía en sus

estallidos de angustia la hacía sentirse un bebé necesitado de un abrazo que la cobijara y cuidara, quien seguramente tendría terror de separarse de su madre. Pensar diferente era separarse de esa madre y estar amenazada por un mundo para el que no estaba preparada.

Cuando cierta estructura empezó a formarse en la paciente, el cuerpo como única vía de expresión fue cediendo lugar a lo simbólico; a decir de Canestri, paciente y analista pudieron empezar a trabajar a otro nivel conceptual. Considero interesante destacar cómo la aparición de significaciones asociadas a lo previamente descrito que la paciente pudo empezar a armar fueron acompañadas de una expresión de mirada diferente y un cuerpo con otro nivel de tonicidad muscular al que vinculo con un mayor control de sí.

## **El psicoanálisis o los psicoanálisis**

Juan Pablo Jiménez (2005) se anima con lúcida impertinencia a reevaluar los modelos de abordaje psicoanalíticos. Con lenguaje llano y agudo criterio pone sobre el tapete la pregunta que debería comandar nuestros tratamientos: «¿Es esta intervención efectiva en cuanto a evolución terapéutica?». Coincido plenamente con este clínico en la que considero una postura que se aleja de batallas narcisistas que pierden foco en el desarrollo terapéutico para sumergirse en defensas rumiantes de purismos teóricos. En reiteradas oportunidades encuentro colegas que pretenden que el paciente que reciben acuda al consultorio con poco menos que un análisis didáctico. Convierten al proceso analítico en un terreno exclusivo para privilegiados al que solo accederán quienes sean capaces de alcanzar un fluido deslizamiento significativo. Ofrecen una posición de la analista vinculada al lugar de un filósofo que otorgará a su aprendiz la posibilidad de probar las excitantes mieles del incons-

ciente y sus manifestaciones. Alimentan su vanidad con interpretaciones magistrales más dedicadas a una platea imaginaria de colegas que al interlocutor con quien comparten el espacio de trabajo. En situaciones parecieran enfrentarse encarnizadamente el motivo de consulta del paciente y lo que el analista supone debería emerger más allá de este punto. El paciente ascenderá la montaña en cuya cumbre encontrará la demanda (ayudado por el profesional en el mejor de los casos) o deberá abandonar el campo analítico por no haberse vuelto digno de él. La diada paciente-analista representa un vínculo de naturaleza asimétrica donde tiene lugar una petición de ayuda por parte de un sujeto que padece. Sostengo que trabajar con el inconsciente como modelo no es sinónimo de recibir a este último una vez por semana en nuestro consultorio. Mi experiencia clínica me indica que nuestras habilidades comunicativas, la posibilidad de establecer un código común en el vínculo y el hecho de que el paciente pueda entender por qué trabajamos de una manera determinada, favorece su compromiso con el trabajo en el espacio terapéutico y brinda excelentes perspectivas en cuanto a su evolución. El diseño de estrategias que apunten al abordaje de ciertos conflictos particulares de un paciente no debe comprenderse como un protocolo de intervención sino como un posible rumbo de indagación e intervención, pasible de ser modificada las veces que sea necesario. No es sencillo para un paciente que ignora los esquemas conceptuales de los que se hace uso en nuestra técnica, «adivinar» y sumarse a un viaje que le es ajeno.

## **Motivo de consulta**

Raúl llega 10 minutos antes del horario acordado para su primera consulta. Sonríe y ofrece conversación al terapeuta desde el primer contacto. Viste bermudas, una remera de un equi-

po de fútbol de la liga italiana y un gorro de béisbol.

«R: Bueno acá estamos, ¿no? Vos dirás, indicame».

Pregunto a Raúl qué lo motiva a consultar. Explica que trabaja con su camioneta trasladando alimentos para una empresa multinacional importante. Siempre trabajó mucho, desde los 15 años cuando repitió segundo del secundario y promediando el año decidió abandonar.

«Y, no quedó otra que salir a trabajar. Siempre quise crecer. Desde que empecé a trabajar no paré. Antes estaba también en la joda pero desde que me casé y tuve a mi hijo paré un poco. Aparte, a los 30 años ya no es lo mismo que a los 20. El tema es que hace unos meses me agarró un mareo y empecé a traspasar mucho cuando estaba repartiendo los alimentos. Sentí que me desmayaba. Me llevaron a una clínica en ambulancia. Cuando fui al médico me dijo que estaba pasado de estrés, que debía ver a un psicólogo. Lo único que sé es que no quiero que esto me pase más, me quiero sentir mejor».

Raúl parece querer hablar. Percibo que muestra buena voluntad e intenta aportar todos los elementos que puede para que lo ayude. Me fue derivado por un psiquiatra amigo (Roberto) quien me refirió que estuvo en tratamiento unos meses con una psicóloga pero que decidió dejarlo.

«¿Puedo hacerte una pregunta Raúl? Me comenté tu psiquiatra Roberto que estuviste en tratamiento unos meses y que luego dejaste. ¿Qué fue lo que pasó?»

«Mirá, yo fui con toda la onda para trabajar y sentirme mejor. Me encontré la primera sesión con una profesional que se quedó callada casi los 50 minutos y luego me dijo que íbamos a seguir conversando la próxima. Dije, bueno habrá que darle un poco de tiempo. Yo nunca había ido a un psicólogo entonces no sabía. Así

fui un par de meses, te aseguro que soy un tipo paciente pero al tercer mes de hablar poco y nada y no saber lo que estaba haciendo le dije a la psicóloga que me sentía mejor y que ya estaba bien».

Entendí que poder definir un foco de trabajo iba a permitir a Raúl bajar su nivel de ansiedad ante un horizonte concreto a abordar. Que percibiera que el profesional registraba su preocupación y que entendía lo angustiante de su sintomatología le generaba la confianza necesaria para dejarse ayudar. Le expliqué que seguramente la experiencia que había vivido había aumentado sus mecanismos de control y que tal situación activaba sistemas de alarma en su cuerpo que potenciaban la sensación de malestar.

«Algo así, es como que luego del episodio tengo que estar siempre atento porque uno nunca sabe de dónde va a venir el patatús».

«Raúl, hay un tema que a vos te preocupa mucho que es la situación que llevó a que tu cuerpo dijera basta. Vos me preguntabas de qué manera vamos a trabajar. Yo te propongo, si estás de acuerdo, que tratemos de entender qué determinó que en un momento tu cuerpo gritara pará. Qué pasó con tu registro interno que no escuchó el sonido de un motor que ya no estaba preparado para seguir funcionando a altas velocidades. Considero también que una vez que podamos abordar y manejar este tema se van a ir abriendo otras cuestiones para que conversemos juntos y podamos pensar».

«Me parece fenómeno (sonríe). Usted guíeme, doctor. Yo no le tengo miedo al trabajo. La verdad es que yo nunca pensé que iba a tener que venir a un psicólogo, no soy de ese ambiente. No tenía idea de qué se hacía acá. Está bueno eso del ejemplo del motor, me ayuda a entender».

Haber podido definir un foco en el abordaje permitió que el paciente atenuara ciertas

cuestiones persecutorias en relación a la posibilidad de repetición de un episodio pánico como el que había tenido. Asimismo, una suerte de zona controlada permitió que se animara a caminar con más seguridad en un terreno para él ignorado. Una vez que logró mayor movimiento en un área más pautada empezaron a emerger contenidos que la excedían y que permitieron desplegar otras cuestiones. Sobre este punto hay un dato interesante a destacar. Las primeras sesiones Raúl se despedía con un emotivo agradecimiento sobre su mejoría y preguntaba: «¿Usted cómo me ve? Vamos bien, doctor, ¿no? Perdóneme que sea insistente pero quiero decirle que me siento con más calma, como raro pero bien». A medida que fue avanzando el tratamiento este pedido de aprobación sistemático fue disminuyendo y se empezaron a desplegar terrenos interesantes de reflexión.

## **Comunicándonos**

Invaluables resultan los aportes de Isaharoff (2005) en cuanto a la importancia del análisis de los elementos paraverbales como orientadores en el proceso diagnóstico y la evolución terapéutica.

«Lo paraverbal se vincula a la modalidad expresiva que hace variar el significado de lo que se dice más allá de no alterar vocablo alguno. Este tipo de elementos puede afectar totalmente el significado de lo que se expresa. Por ejemplo, el uso de distinto volumen puede hacer cambiar totalmente el significado del mensaje, pese a que las palabras sean exactamente las mismas. Los elementos paraverbales pueden resumirse en: el volumen, el tono, la velocidad del habla, la fluidez verbal, la claridad, el timbre, el tiempo de habla y las pausas y silencios» (Isaharoff, 2005).

Dedicaré espacio en este desarrollo al análisis del aspecto semántico como punto clave a tener en cuenta en la construcción del vínculo

terapéutico, el manejo transferencial y como factor de apertura para ciertos movimientos que no pudieron ser logrados desde otro lugar.

En el film *Yepeto* sobre la obra de Tito Cossa, un apasionado profesor de Literatura encarnado maravillosamente por Ulises Dumont se exasperaba sistemáticamente con la dificultad de sus alumnos para comprender la sutileza del lenguaje. La expresión de su rostro se endurecía cuando algún joven perezoso le retrucaba que peldaños y escalones remitían a idéntica significación. La cuidada elección de vocablos es determinante en la carga expresiva del discurso. Si la producción oral y escrita constituye el mejor reflejo que podemos encontrar acerca de la danza de nuestras ideas, es cierto también que no son solo consecuencia sino que también son determinantes qué tipo de arquitectos nos volvemos a la hora de organizar nuestros pensamientos.

La palabra seduce, golpea, comunica, aleja, acerca, denigra, acaricia, humilla y cobija. Debemos tener siempre presente que es el vehículo a través del cual ponemos en marcha los instrumentos que nuestra técnica nos provee. El manejo del campo semántico nos posiciona en un mejor lugar para poder visualizar variantes cuando el juego analítico se encuentra trabado.

## **Escalada**

Alex es un profesional con un desarrollo fuerte en su ámbito profesional. De discurso elegante y preciso muestra desde la primera entrevista un despliegue de sus éxitos en diferentes áreas. Aparenta muchos años menos que los que indica su documento. Practica deportes de riesgo frecuentemente al mismo nivel de exigencia que deportistas de mucha menor edad. Son repetidos sus encuentros ocasionales con mujeres menores que él de los que vive comentando sus hazañas. Percibo que

coquetea permanentemente con sus límites. En una de sus prácticas deportivas no respeta las normas de seguridad exigidas, se fractura un tobillo y se expone a un riesgo innecesario. Intento en más de una oportunidad plantearle esta modalidad que adopta en sesión de una demostración permanente con el objetivo de impactarme. Recibo respuestas que me devuelven una comprensión intelectual perfecta por parte del paciente sobre aquello que le señalo pero percibo nulo registro a otro nivel. Reflexionando sobre el caso en intervalos intersesión debido a la sensación de poco avance que registraba, decido interiorizarme en la web sobre detalles de dos de las actividades deportivas que este paciente practicaba. Procuro aprender la terminología propia e incorporo jerga asociada.

La sesión siguiente, como frecuentemente ocurría, este paciente narra un plan de escapada con amigos un fin de semana largo para una jornada del hobby compartido. Aprovecho la circunstancia y ante su descripción de situación acompaño su relato buscando interiorizarme sobre algunos detalles de la práctica. El uso de un código compartido favorece que el paciente intercale en algunos momentos un compartir de su placer que excede el mero despliegue escénico al que me tenía acostumbrado. Durante varias sesiones la temática se instaló en el espacio analítico y ofreció un campo propicio para el abordaje de cuestiones que excedían claramente a lo que un observador ajeno podría haber confundido con una mera charla deportiva. Alex se mostraba interesado por contar con una visión de alguien ajeno a su actividad y manifestaba que aunque le costase creerlo, «discusiones filosóficas sobre este deporte me ayudan a practicarlo con más exquisitez». Resultaron orientadores en cuanto al norte terapéutico dos indicadores que entendí claves y que me ayudaron a comprender qué cambios concretos estaban teniendo lugar

y que ahora conversábamos sobre el mismo deporte pero con coordenadas distintas. Alex empezó a dejar de hablar de su práctica en términos de resultados o *scores* para incluir palabras vinculadas a las emociones que experimentaba, dejaba de mostrar para conectarse con el hacer. Decidió también cambiar a su antiguo entrenador quien solo le pedía mayor rendimiento para elegir a uno más joven que procuraba que entendieran juntos su técnica de movimiento.

«Rulo es un tipo que me enseña a conocer mis límites y a moverme mejor con desplazamiento seguro. Me siento cómodo con mi cuerpo, los desplazamientos son más fluidos».

### Ateneo clínico

Trabajaba hace muchos años para una prepaga cuando uno de los directivos me pidió que recibiera a un tío suyo con un melanoma. Roberto nunca había hecho terapia y mostró fuerte curiosidad sobre la dinámica del tratamiento. Décadas nos separaban con este paciente quien a pesar de esta diferencia mostró fuerte locuacidad desde el primer encuentro. Recibía todos los martes a Roberto, quien desplegaba atractivas anécdotas de su trabajo y de sus viajes alrededor del mundo. Reía con facilidad y se lo notaba lleno de vida. Intercalaba en sus monólogos algunas descripciones sobre los sucesivos estudios que debía realizarse para su tratamiento. Recuerdo todavía lo exhaustivo y minucioso de su relato en el que no omitía detalle alguno.

Algunos de mis conocimientos médicos hacían que Roberto pudiera encontrar interlocutor válido cuando abordaba temas de su patología. Debo referir que el paciente mostraba en sus relatos la posición de un médico especialista haciendo referencia al curso de la patología de su paciente. En alguna oportunidad escuché a un maestro mío decir que el ancho

del escritorio que separa a un profesional de la salud de su paciente está directamente relacionado con el nivel de riesgo asociado a su especialidad. Dicha sentencia permite comprender sin dificultad la excesiva distancia de aquellos médicos cuya especialidad los coloca frente a la posibilidad de muerte cierta de sus pacientes. Tomo este concepto para explicar lo que registraba en este paciente en cada una de sus sesiones. De igual modo que los médicos descriptos, Roberto asumía una posición que lo protegía del alto nivel de angustia que el contacto con su realidad le habría desencadenado. Se convertía en su médico oncólogo y hablaba de «su paciente» en este rol sin experimentar un mínimo nivel de angustia. Nuestras conversaciones se convirtieron con el avance del tratamiento y simultáneamente de su enfermedad en ateneos clínicos donde el especialista me explicaba con la paciencia del mejor guía cada línea de tratamiento elegido. Me asombraban los infinitos tecnicismos utilizados que le permitían un tránsito aséptico por un terreno por demás complicado.

Entendí que su postura erecta, el tono firme de su voz y su discurso seguro más propio de su médico que de sí mismo funcionaban para este paciente como su única línea de defensa frente a una enfermedad que lo tomaba. La comprensión de esta situación ayudó a que pudiera definir la mejor estrategia de acompañamiento. El término que elijo no es inocente debido a que entendí que en este caso más que nunca el *tempo* sería marcado por el paciente y que mi escucha tanto de lo verbal como de lo paraverbal convertiría al abordaje en la mejor herramienta que ayudara a Roberto en este tránsito. Su tono amable de viejo médico hizo lugar a cierto enojo que empezó a percibirse en su voz. La modificación de nuestra comunicación anticipó su decisión incuestionable de concluir con nuestros intercambios. La enfermedad había avanzado.

## **Après**

Freud, en su trabajo «Análisis terminable e interminable», postula como uno de los objetivos troncales del tratamiento analítico favorecer la construcción de un yo robustecido, flexible en cuanto al uso de sus mecanismos defensivos, que se encuentre en mejores condiciones de lidiar con las exigencias que el mundo interno y externo le demandan. Plantea con claridad cómo un análisis bien logrado contribuiría a un efecto profiláctico, no en el sentido de un manual de respuestas protocolizadas a conflictos tabulados sino en el sentido de un aparato en mejores condiciones de lidiar con escenarios desafiantes. Más allá de estos postulados teóricos a los que adhiero, debo reconocer que, salvo alguna información espontánea esporádica que me ha llegado de pacientes que he tenido en tratamiento, no es sencillo realizar su seguimiento una vez finalizado nuestro trabajo en consultorio. Mi horizonte de cura coincide con los desarrollos de Víctor Korman (1996) cuando plantea una neurosis en tres tiempos: Neurosis Preanalítica, Neurosis de Transferencia y Neurosis al Temple Analítico. La última se alcanza a través de la segunda y propone un estado en que la neurosis no desaparece pero está «mejor templada», en la tensión justa. Esta neurosis al «punto justo» corresponde a un sujeto que ya ha atravesado su tratamiento y ha logrado desarmar los andamios que lo vinculaban a su terapeuta para caminar de manera autónoma y destinar su libido a sus proyectos vitales.

Fernand Guiard (1979) nos invita a pensar en un campo necesario aunque muchas veces dejado de lado. ¿Qué pasa con nuestros pacientes una vez que ya no concurren a su sesión? Aparte de las dificultades lógicas que conlleva el *follow up*, entiendo también que algunos obstáculos de los analistas deberían ser analizados (partiendo de quien escribe). ¿Qué

escenarios se plantean en las interrupciones o finalizaciones de tratamiento? Un paciente ya no se encuentra en tratamiento cuando su analista le ha dado el alta (debería siempre considerarse como el horizonte a alcanzar), cuando de común acuerdo sostienen que se ha llegado a un punto de no avance, o cuando por alguna razón uno de los participantes del contrato decide poner un corte. Mi experiencia me indica que los abandonos de tratamiento no planteados abiertamente por los pacientes obedecen a movimientos de huida o resistencias y coinciden con ausencias sin explicaciones ni respuestas a los llamados del terapeuta. Toda finalización de tratamiento involucra un duelo profundo para ambas partes involucradas. Transitamos con un paciente momentos complicados, contribuimos a que pudieran reflexionar sobre ellos, fuimos solicitados de ayuda, nuestro narcisismo fue convocado con seguridad. Dicha situación exige un posicionamiento ético que pueda reconocer y haber trabajado este aspecto para evitar que condicione como punto ciego de nuestro accionar la evolución de quien tenemos bajo tratamiento. ¿Qué ocurre con nuestra contra-transferencia cuando un paciente nos plantea que siente que no lo estamos ayudando, aun con nuestra mejor buena voluntad? ¿Y si aparte encontró a un colega a quien entiende más idóneo para ayudarlo (no necesariamente debe ser solo una consideración del paciente sino que muy a nuestro pesar puede estar bien en lo cierto)? Como ocurre en otros campos, muchas respuestas serán encontradas a posteriori con elementos intencionalmente buscados o no en términos de *follow up*, que harán resignificar cómo trabajamos. Veamos dos materiales para repensar estos conceptos.

## Palabras caribeñas

Alex debió interrumpir su análisis por una oportunidad laboral fuera del país. Con las debidas modificaciones reproduzco un email recibido a poco tiempo de que se instalara en su nuevo país.

Hola Ariel!!! Ante todo muy agradecido por el libro, una verdadera joyita, es más el registro emocional no parece el de un alemán aunque supongo que ellos también tienen sentimientos. Ya estoy instalado en el hotel acelerando, dentro de lo posible, para sentir que construyo un algo nuevo, que tomo el desafío de lleno, claro que acá el ritmo es caribeño. Lo poco que conozco de la ciudad te evidencia una diferencia de clases tremenda, o tal vez sea una clase media humilde y con mucha dignidad, a mí me molesta que me digan «siempre a sus órdenes» y si le agregas el «señol» con la L estás para una peli. El lugar de trabajo es agradable aunque un tanto antiguo y la jefa me recibió bien, digamos cordial. Ya hice una oferta por un depto, el segundo que ví, digamos que tengo claro dónde quiero vivir y obviamente bajé el precio, jaja. La comunidad de quienes practican mi deporte predilecto no supera una veintena en todo el país, con lo que seré el número 21 y venceré la timidez. La verdad es que extraño un montón de cosas y sería un estúpido, imposible engañar al terapeuta, si te dijese que esto va a ser fácil emocionalmente hablando, pero allá voy, creo en mí mismo y en los elementos que me protegen. Gracias por prepararme para esta difícil aventura, ya que nuestra terapia ha sido eso, un entrenamiento, para levantarse y seguir andando. Seguimos en contacto, por el momento estoy «fuerte» con las baterías cargadas, espero que sean de alta duración jaja.

Vuelvo a leerlo y encuentro nuevamente las razones por las que elegí este oficio. Conozco a quien fue mi paciente. Lo leo con entusiasmo y conectado con los miedos lógicos para cualquier sujeto que atraviesa una situación de estas características. Pienso en aquel Alex de las primeras sesiones desplegando fuegos artificiales para impactar a su interlocutor y encuentro a otro más maduro, dispuesto a enfrentar las dificultades que podrían presentársele con un criterio de realidad bien conservado. Un sujeto que acepta sus vulnerabilidades y que hace uso del humor como herramienta que saludablemente le permite transitar la angustia ante la lejanía de su familia y de su lugar, como también conectarse con esta nueva etapa. Si pensamos en este atleta de deporte individual que siempre practicó solo (aún con entrenador) manifestando gratitud con ganas (las leo) pienso que el aprés terapéutico hace su tarea. Quien agradece en forma genuina apuesta al trabajo en equipo, se permite recibir una mano, piensa en proyecto conjunto más que en competencia individual. Este «seguimos en contacto» seguramente lo tranquiliza, sabe que puede recurrir cuando quiera, aunque percibo que está con baterías de buena calidad y bien cargadas.

## Otros finales

Laura ha sido una paciente que recientemente ha finalizado su tratamiento. Ella manifiesta que la discapacidad motriz que presenta es secuela de una patología que padeció cuando niña. Refiere un conflictivo vínculo con su familia de origen y haber sido víctima de maltrato físico y verbal por parte del padre, ante la mirada pasiva de su madre».

La situación de abandono constante que sufrió en sus primeros años dio lugar a vínculos de naturaleza masiva entre los que su análisis no fue una excepción. Alternó en el trans-

curso de su tratamiento entre una transferencia de marcada hostilidad y una positiva que mostró tanto su vertiente tierna como erótica. Dichas fluctuaciones fueron bruscas en los inicios de tratamiento y paulatinamente la paciente fue alcanzando un mayor nivel de estabilidad emocional que se tradujo en un terreno que le permitió otro nivel de profundización sobre su problemática.

Los últimos meses de su tratamiento a Laura le encontraron un tumor que, biopsia mediante, se reveló como maligno y exigió quimioterapia. La acompañé en el proceso e incrementamos la frecuencia de sesiones semanales. Inició una carrera universitaria que pudo sostener y que funcionó como un espacio importante para que pudiera conectarse con otras cosas aparte de su enfermedad. Forjó un grupo de pertenencia en la facultad, que la ayudó mucho para estudiar y le permitió construir vínculos más saludables que los que tenía.

Las últimas semanas antes de la interrupción empezó a faltar con mucha frecuencia. Refería que no se sentía bien. Luego de varias ausencias consecutivas la recibí en consultorio.

«Quiero decirte algo que no es fácil para mí. Sabés que te tengo mucho cariño y por eso quiero planteártelo de frente. Empecé a trabajar con una psicooncóloga quien me dijo que le parecía adecuado que termináramos nuestro tratamiento para que siguiera con ella. También quiere que trabaje con su psiquiatra (dejaría al psiquiatra con quien trabajábamos en interconsulta y que me la había derivado). No sé qué hacer».

«Laura. Quiero que pienses en qué te hace sentir mejor a vos. No hay correcto o incorrecto. Quiero que sepas que si decidís dejar el tratamiento conmigo siempre tendrás el espacio abierto para volver. Lo que sí es importante para mí es que elijas a tu terapeuta, es imposible que seamos ambos.

«No te enojés pero por ahora preferiría

seguir con la psicooncóloga».

«Está muy bien, Laura. Cuando tengas ganas, este espacio siempre estará abierto para vos».

Acompaño a la paciente a la puerta. Me pide que la abrace, a lo que respondo. A los 5 minutos recibo un mensaje de texto: «Te voy a extrañar mucho».

Pasada una semana recibo un pedido en que me ruega que la llame. Cuando me comunico me encuentro con la repetición de lo que en el pasado fueron sus demandas masivas. Su comunicación fue una catarata ansiosa de diferencias con su ex marido, enojos con amigas y una suerte de intento de encontrar un oído que recibiera su necesidad de trabajo con algunos tópicos. No fue sencillo ponerle coto a la conversación que para ser estrictos fue un monólogo de su parte. Dos llamados de similares características se repitieron la semana siguiente. La última vez le expliqué que consideraba importante que ella pudiera trabajar con su actual terapeuta estos temas que la inquietaban. Que entendía su sufrimiento pero consideraba que debía preservar su espacio de trabajo. Había sido su terapeuta pero ya no lo era. Quizás en el futuro, si así lo decidía, pero no en este momento.

«Ariel me defraudás. Yo sentí que aparte de la relación terapéutica había otra cosa. Vos me dijiste que podía contar con vos y cuando lo necesito me dejás así. Cuando más te necesito. Lo tuyo eran solo palabras. No digo que no me hayas ayudado pero tiene razón la psicóloga cuando me dice que te equivocás en un montón de cosas».

«Creo que es importante que puedas trabajar estas cosas con quien lleva tu tratamiento. Me importa mucho que estés bien, he sido tu psicólogo y en calidad de tal he mantenido con vos este vínculo terapéutico que tuvimos. Si en el futuro querés retomar tu tratamiento conmigo las puertas siempre estarán abiertas».

Se abrieron los sentimientos masivos, los reproches y sus enojos fueron recibidos entendiendo la situación. Parte de nuestro trabajo es acompañar. La paciente estaba enojada, con su historia, con su enfermedad. Reflexioné largamente sobre este final. No siempre son los esperados pero estoy seguro de que hicimos buenos movimientos y aunque este final no resulta en mi opinión el que habría elegido, sigo pensando que todavía podremos retomar la partida.

## Conclusiones

No estuvo nada mal esto de abrir el cabelle para interpretar paisajes. Resultó un ejercicio distinto al que siempre realizo cuando abordo mis trabajos. Suerte de tapeo clínico y teórico. Ninguna producción es original. Cada trazo que damos está, en el mejor de los casos, bien guiado por los clásicos. Como aficionado a la fotografía siempre me enseñaron que debemos contaminar nuestra mirada con la obra de los mejores artistas para que, cada vez que el sonido mágico del obturador aparezca, nuestra mirada enriquecida capture mejor. Asimismo, disparar una otra y vez acompañando con espíritu reflexivo debe ser ley, quien no se mueve no aprende a caminar aunque consulte los mejores textos de desplazamiento. Confío en que Guiard, Isaharoff, Canestri y otros Robert de Cappa de nuestro campo me han transformado en la medida que los he pensado para mis pacientes. Ellos no pagarán, como tampoco quien escribe, derechos de propiedad intelectual cuando los tratamientos se enriquezcan con este proceso. Estoy seguro de que estos maestros son generosos en la medida en que deciden comunicar su práctica sin imposturas, de manera abierta y honesta con el único deseo de que todos aprendamos. Siempre con el horizonte presente de aquella frase que Bresson nos regalara para el arte de la luz pero

que bien podemos tomar prestada para nuestras lides: «Finally it's all about to put your eye, your mind and your heart in the same axis»<sup>2</sup>.

### **Referencias bibliográficas**

- Canestri, Jorge. «Construcciones e interpretaciones en la práctica analítica». Trabajo presentado en la Sociedad Argentina de Psicoanálisis, Buenos Aires, mayo de 2008.
- Freud, Sigmund (1900). «La interpretación de los sueños»; en *Freud, Sigmund. Obras Completas*. Vol. IV. Buenos Aires: Amorrortu, 2002.
- Freud, Sigmund (1937). «Construcciones en psicoanálisis»; en *Freud, Sigmund. Obras Completas*. Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu, 2002.
- Galende, Emiliano. *El psicoanálisis y la salud mental. Hacia una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós, 1990.
- Guiard, Fernand. «Aportes al conocimiento del proceso postanalítico»; en *Psicoanálisis* Vol. 1, Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, 1979.
- Isaharoff, E. *Comunicándonos en sesión*. Reunión Científica Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP). España: Aperturas Psicoanalíticas, 2005.
- Jiménez, Juan Pablo. «El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en Terapia Psicoanalítica»; en *Aperturas psicoanalíticas* [en línea] 2005, número 20. Disponible en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=341&a=El-vinculo-las-intervenciones-tecnicas-y-el-cambio-terapeutico-en-terapia-psicoanalitica>
- Korman Víctor. «Consideraciones sobre el final de análisis»; en *El oficio del analista*. España: Paidós Ibérica, 1996.

*Recibido: octubre de 2014  
Aceptado: noviembre de 2014*

---

<sup>2</sup> «Finalmente, todo se trata de colocar tu ojo, tu cabeza y tu corazón en el mismo eje».

