

Iniciaciones del tratamiento, “Sherezade” y lo que podemos inferir de las experiencias clínicas

*Sara H. Falatycki; Alicia Heffesse
Liliana Manguel; Silvia Matalon
Discutidor: Ricardo Carlino*

Nuestra comunicación, como ya lo hemos introducido en el *abstract* que hemos enviado, presenta las siguientes conjeturas básicas:

1) Creemos en la existencia de cierto consenso, en cuanto a la complejización notoria del campo clínico del psicoanálisis en su versión más contemporánea (fines del siglo XX y comienzos del XXI) en relación al de los períodos iniciales.

Podríamos esquemáticamente mencionar algunas cuestiones originadoras de tal complejización:

a) La extensión de modalidades clínico psicopatológicas diferentes al modelo clásico de las neurosis, presentes en las consultas y procesos terapéuticos; postura compartida en distintas versiones o escuelas psicoanalíticas.

b) La conformación de variados grupos o escuelas con léxicos diferentes cuya conexión con el campo clínico no es unívoca y es motivo de debates variados.

c) Los cambios en sociedades y culturas contemporáneas (guerras, genocidios, concepciones de la sexualidad, parejas y familias, telecomunicaciones a distancia, etc.) que inciden en los individuos que utilizan y experimentan el método terapéutico psicoanalítico.

d) El surgimiento de una gama de modalidades psicoterapéuticas, algunas basadas en las teorías y concepciones psicoanalíticas, otras con modelos diferentes y algunas contradictorias. En este contexto, los límites de lo que se considera “psicoanálisis” en las tareas clínicas, son más difíciles de precisar.

2) Un interrogante, consecuente a las formulaciones anteriores, podría referirse al modo en que las complejizaciones mencionadas han afectado o influenciado los fundamentos, tema central de este congreso. Para ser sintéticos y centrarnos en el objetivo de nuestra comunicación, no nos vamos a referir a los sueños, la sexualidad y el inconsciente, cuyo status de fundamento nos parece fuertemente sostenible. Pero sí queremos referirnos a varios sistemas conceptuales que conjeturamos fundamentales y que concebimos muy conectados con el método terapéutico y las experiencias clínicas, objetivos de nuestra presentación.

Una cuestión básica consiste en examinar posibles atributos o especificidades del propio método terapéutico.

Nos estamos refiriendo a la posibilidad de considerar al método terapéutico en dos perspectivas temporales diferentes.

Ante la diversidad de problemáticas y sufrimientos emocionales diferentes al modelo neurosis, también el método necesitó replanteos que, manteniendo los fundamentos psicoanalíticos, propusieran alternativas articuladas con las variantes mencionadas. *Si aceptamos tales conjeturas, el método podría transformarse en un ámbito experiencial realimentador de las teorías más generales y de los mismos fundamentos del psicoanálisis.*

3) Si concordamos con las propuestas anteriores, cabe incluir como fundamento de la disciplina sistemas conceptuales cercanos a las delimitaciones del método. Sin pretender que posean el mismo nivel epistemológico que las tres propuestas planteadas o que resulten consensuadas por las distintas corrientes psicoanalíticas.

Intentaremos enumerar tales sistemas conceptuales sin por esto agotar las alternativas planteadas:

a) Lo mencionado anteriormente *considera al método terapéutico no sólo como área de aplicación, sino como un complejo sistema productivo y posibilitador de creaciones y reformulaciones de las teorías de distinto nivel.*

Para argumentar que esta postura presenta consensos interesantes (no absolutos) en pensadores relevantes del psicoanálisis contemporáneo, mencionaremos tres citas de autores ubicables en ámbitos geográficos y contextos conceptuales diferentes:

I) Señala el francés André Green: “debemos ver en la clínica, formas del psiquismo que configuran un pensamiento causal que les es propio y que el analista debe detectar y no perder nunca de vista” (2003).

II) Una segunda cita producida por los estadounidenses Westen Gabbard en 2003: “medir lo que hacen los clínicos, qué cambian y qué modo de trabajar están asociados con resultados, hacen uso de esas tecnologías para refinar nuestras teorías de lo que funciona y para quien”.

III) Una tercer cita corresponde al colega chileno Juan Pablo Jiménez, “key note lectura” del congreso IPA de Chicago en 2009: “creo firmemente que esta manera inédita de acercarse a la práctica de los psicoanalistas, traerá consigo un cambio cultural que redundará en una revitalización del psicoanálisis”.

Queremos reiterar que nuestra postura consiste en sostener que las tres citas, no necesariamente idénticas, contienen un núcleo semántico común con el cual coincidimos: “el método terapéutico y la clínica psicoanalítica se han transformado contemporáneamente en un relevante campo de realimentación de las teorías disciplinarias”. Si se consensúa con esta postura, estaría respaldándose considerar al método y la experiencia clínica como uno de los fundamentos del psicoanálisis contemporáneo.

b) Un segundo sistema conceptual básico vinculado al anterior, se refiere a lo que denominaremos *vínculo terapéutico*.

La noción de “vínculo terapéutico” puede contener alternativas y connotaciones más complejas, ilustrables con nociones como “conocimiento relacional implícito” de autores anglosajones o de propuestas del chileno Juan Pablo Jiménez, proponiendo matices que también resultan menos explícitos pero sí relevantes en la relación entre analista y analizando. Por tales argumentos, creemos congruente considerar e incluir la noción de vínculo terapéutico como fundamental ante la expansión teórico clínica que describimos.

c) La noción de las estrategias clínicas.

Como ya lo hemos mencionado, existe una complejización y expansión de la clínica y el método terapéutico, que confluyen en la “singularidad” de cada proceso terapéutico. Tal formulación supone que, si bien los modelos generales o globales poseen un valor genérico, las combinatorias en cada sujeto, cada dupla y proceso terapéutico, serán infinitas. Surge la noción de estrategias clínicas como integrante básico de la red conceptual que proponemos, ya que en cada proceso terapéutico “singular” necesitaremos articulaciones con las motivaciones, las combinaciones psicopatológicas propias y los abordajes terapéuticos congruentes y correspondientes a ese sujeto y a tal dupla terapéutica “singular”.

En este contexto, el concepto “*estrategia*” no puede remitir a prácticas conductistas en el campo psicoanalítico.

Definimos como estrategia a un proceso reflexivo (no necesariamente claro o regular y coherente) que intente articular aspectos explicativos del psicoanálisis con su práctica clínica. Es decir (como lo formularon algunos pensadores contemporáneos) es importante diseñar diferentes modalidades según los predomios psicopatológicos y recursos productivos de cada sujeto, adecuando dichas modalidades a los abordajes respectivos. Desde ya que dichas formulaciones reflexivas se realizarán, como lo propuso David Liberman, en los espacios ínter sesión ilustrables con las supervisiones o las reflexiones de cada operador clínico sobre su tarea.

En síntesis, hemos intentado formular brevemente uno de los ejes de nuestra propuesta, consistente en *sostener la presencia de una red conceptual básica y fundamental para examinar alternativas clínicas contemporáneas.*

Tales “iniciaciones” del tratamiento pueden constituir un instrumento interesante en las complejizaciones y expansiones de la disciplina y en particular del método terapéutico. Desde ya que tal postura la conectamos con la red conceptual propuesta en la parte precedente de nuestra comunicación.

TESIS DE NUESTRO TRABAJO

Para respaldar nuestra propuesta, ilustraremos con un material clínico la relevancia de las iniciaciones como segmentos del proceso terapéutico y, dentro de su contexto, el papel de las estrategias del analista y el vínculo terapéutico resultante. Por esta razón, los limitados segmentos clínicos referidos pretenden centrarse en algunas intervenciones del analista y expresiones del analizando que nos parecieron significativas.

CRONICA DE UN ENCUENTRO (REALIZADA EN TIEMPOS RECIENTES)

El paciente, al que llamaremos Pablo, tiene 50 años en el momento de la consulta. Divorciado, con dos hijos varones de 14 y 16 años. Actualmente tiene una nueva pareja veinte años menor que él.

Describiremos el material en primera persona para instalar la perspectiva de la analista.

Llega muy puntual a su primera entrevista. Trae en su mano dos teléfonos celulares de última generación. Mientras espera que la terapeuta le abra la puerta, habla por uno de ellos. Debido a que los teléfonos suenan sin parar, luego de una espera de veinte minutos aproximadamente, yo decido preguntarle si quiere tener la entrevista o prefiere continuar con sus llamadas.

Dándose cuenta de la situación, finalmente decide apagarlos.

Pablo refiere: "Yo voy a serle muy honesto. No creo en el psicoanálisis. Sí en la fuerza propia y en mi persona. Yo siempre he salido solo. Nunca necesité ayuda. En el año 2002 estaba tomando un café y me desmayé. Estuve en coma casi veinticuatro horas. Me desperté en el sanatorio y un médico me dijo que me iba a tener que abrir el cerebro. Yo le contesté que no podía perder tiempo. Como empresario tengo mucho trabajo. Gracias a que no paro desde mis 30 años, además tengo mucho dinero.

Pero un amigo mío actualmente fallecido en un accidente, finalmente me convenció. Me operé. Me dijeron que era vasculitis. Pero ocho meses después y con dolores de cabeza y marcas en la cabeza

tuve mi segunda operación. Al año siguiente a causa de un nuevo desmayo, fue necesaria una tercera operación. Fueron tres malas praxis. Luego de varias resonancias con contraste, finalmente me encontraron lo que tenía: “Un tumor en el cerebelo”. Tuve mi cuarta operación en el año 2005. Me hicieron quimioterapia durante un año. Yo soy un caso muy especial. Nadie sabe cómo estoy bien. Hablo, camino, leo. No perdí ningún sentido. No me pudieron tocar el tumor. Mi vida es una vida de regalo. Todo me lo debo a mí. A mi empuje. A lo deportista que he sido toda la vida. Todo es mérito mío. Yo nunca necesité un seguro médico. Todo lo pagué en efectivo.

Analista: Yo me estaba preguntando para qué viene si no lo necesita.

Paciente: Vengo porque mi pareja quiere tener un hijo. Ella es muy buena conmigo y con mis hijos. Yo sufrí mucho pensando que los dejaba huérfanos siendo muy chicos. Si hoy me muero siento que ya cumplí con ellos. Ahora quiero cumplir con ella. Pero por la quimioterapia debo haber quedado estéril. Ella quiere que me haga un espermograma. Yo no quiero que nadie más me toque. No estoy pudiendo hacérmelo.

Analista: ¿Qué le preocupa más? ¿Que el estudio le dé bien o mal?

Paciente: Si me da mal, ya está. Adoptamos. Yo tengo mucho dinero y muchos contactos. Pero si hay una mínima posibilidad de embarazarla, van a querer hacerme estudios. No lo soportaría. Mi muestra de gratitud con ella es venir acá. Aunque por ahora, no veo que usted me haya mejorado. Hace poco falleció mi mejor amigo en un accidente de auto. La psicóloga de su pareja me citó. En vez de poder ayudarla yo a ella, terminaron diciéndome que el que más ayuda necesitaba era yo. Me reí. Yo no necesito nada. Pero a usted quizás le voy a conceder una sola entrevista más. Así me dice que conclusión sacó.

Analista: Sabe que yo en realidad soy muy lenta. No creo que pueda darle una conclusión tan rápido. Necesito conocerlo y saber en principio por qué está usted acá. ¿Quiere de verdad venir una vez más? Esto puede llevar más tiempo.

Paciente: Una sola vez más. Es todo lo que yo puedo dar. No me pida más.

Con esta modalidad de encuentro, vuelve Pablo a su segunda entrevista. Quizás un poco más reflexivo, aunque aclarando nuevamente que no tiene más para decir. Necesita saber en cambio, si yo

me quedé pensando en algo. Con este hilo comunicativo casi cerrado aparezco como una analista que puedo quedarme pensando. Le pregunto a Pablo si le preocupa algo acerca de este tumor dormido.

Paciente: Hay cosas que yo no entiendo. Yo dejé mi profesión de deportista cuando estaba en lo mejor de mi carrera. Siempre estuve solo. Nadie me acompañó. Yo a mis hijos los acompañé mucho. Mientras viva no los voy a dejar nunca solos. Claro que me da terror pensar que este tumor dormido pueda despertarse. Por eso no quiero un tercer hijo. No quiero más cambios. No quiero más peligros. No me gustaría dejar a un tercer hijo solo.

Analista: Así está estable. Cualquier cosa que le haga mover una pieza...

Paciente: Es de mala persona traer un hijo al mundo sabiendo de entrada que uno lo va a dejar huérfano apenas nazca.

Creo que nadie entiende que al final de la película te dicen: "Te vamos a abrir la cabeza para ver qué tenés adentro". Es inimaginable. Yo lloraba en la ducha. Y encima se equivocaron tres veces. Nadie lo vio. ¿Sabés lo que esto significa?

Observando cómo el paciente comienza a tutearme, decido hacer lo mismo como una forma de acercarme.

Analista: Entiendo tu desesperación. Te acompaña hace muchos años. Quizás te da temor que al igual que otros yo también me equivoque.

Paciente: Mi mujer, su madre y su hermana también son psicólogas. ¿Cómo mi mujer me puede pedir esto sabiendo lo que significa para mí?

Observando que se está terminando el tiempo de la entrevista, decido preguntarle: "¿Qué querés hacer, terminar acá o volver una tercera vez?"

Paciente: Yo voy a venir una sola vez más. Hasta ahí llevo. ¿Quedaré resentido por lo que me está haciendo mi pareja?

En uno de estos encuentros me explica que hace media hora que está esperando que se haga la hora de subir. Al mismo tiempo, refiere haber llegado por casualidad. Está muy ocupado y creyó hasta último

momento que concurrir iba a ser imposible. Su mujer y él están organizando la fiesta de cumpleaños de ambos.

Paciente: Yo cumpla 51 años. Mi mujer 31. Pero el año pasado no estaba para festejos. Me parecía de mal gusto hacer una fiesta con un duelo tan reciente. Fue un año realmente muy triste.

Analista: ¿Lo extrañas mucho a tu amigo?

Paciente: Muchísimo. Era mi amigo elegido desde los 14 años. Padrino de mi hijo mayor. Me acompañó en todas las operaciones. Me tenía que haber muerto yo, no él. Era esperable que yo me muera.

Analista: Como ves, todos nos podemos morir en cualquier momento. No sólo vos.

Paciente: Yo soy un sobreviviente. Soy un viejo de 51 años sin salud. Por eso no quiero hacerme problema por nada. Si yo estoy tranquilo y con una actitud positiva, si me explota la cabeza es por obra del destino. No quiero que nada me haga mal. Ayer no sé lo que me pasó. Me encontré llorando solo en el auto. Yo nunca lloro. Sólo cuando estaba muy mal, lloraba solo en la ducha. Nunca más hasta ayer.

Analista: Empezaste a llorar ayer en el auto. ¿Te habrás sentido solo?

Paciente: Quizás. Mi pareja me comentó que está preparando un video para la fiesta. Me preguntó si quería incluir fotos de mi amigo. Yo le dije que sí. Por supuesto. Tengo códigos. Soy un tipo noble. No poner fotos suyas, sería ignorarlo. Pero no sé si lo voy a tolerar. Va a ser mucho estrés.

Analista: No querés más estrés. No querés más presión. Pero te sentís muy solo. ¿Querrás venir una próxima vez?

Paciente: Yo tengo que seguir viniendo. Hacerle honor a la vida. Y hablando de venir... Tengo que hacer un viaje de trabajo. Pensaba cambiar el viaje y venir una sola vez más.

En estos nuevos encuentros, surge de nuevo el contraste entre venir “por casualidad” y llegar treinta minutos antes.

ALGUNAS REFLEXIONES A MANERA DE CONCLUSION

Intentaremos conectar alguna de nuestras propuestas con registros obtenidos de la experiencia clínica de las entrevistas.

Pensamos que desde el comienzo habría dos versiones contradictorias en la semiología discursiva de Pablo.

Una es muy explícita: P. no necesita nada, se las arregla solo y muy bien.

La otra versión es por la cual P. enuncia que si bien no tiene necesidad de la terapeuta porque se las arregla muy bien solo, valora su opinión y la trata con consideración y respeto.

Desde la perspectiva de la *analista*, observamos que la misma muestra y expresa una actitud de expectativa abierta frente a alguien que es tan polifacético y que una modalidad demasiado "saturada", seguramente no resultaría operativa. Este clima de distancia cordial da la impresión que es producto del campo relacional o del vínculo terapéutico que se está armando. Más que constituir una estrategia explícita, tal vez la estrategia acá es no tenerla.

Aquí queremos fundamentar por qué incluimos la metáfora de Sherezade de "Las mil y una noches".

Al igual que en el cuento, cada entrevista parece dejar en el paciente la curiosidad y la incertidumbre de un nuevo cuento no concluido.

Lo ayuda a construir un modelo de vínculo poco intrusivo.

En el cuento antes descrito, el Rey Schahmar sacrificaba una doncella cada noche tras mantener relaciones con ella.

Sherezade (narradora de 'Las Mil y Una Noches') escapaba a este destino dejando inconcluso un cuento, ofreciendo completarlo a la noche siguiente. El Rey, por curiosidad, le perdona la vida. En vista del resultado, la doncella recurre noche tras noche, al mismo juego, logrando así continuar viva. Con este modelo, la analista logra mantener con el paciente un vínculo cauto y cuidadoso. Sus observaciones son sobrias y limitadas, y en general nunca contienen más de una idea o conflicto.

De esta forma, el hilo comunicativo cerrado al comienzo, se modifica frente a una analista que, en forma distendida, va ofreciendo su compromiso e interés respaldado en sus instrumentos conceptuales.

CONCLUSIONES

En primer lugar, notamos una discordancia entre la propuesta explícita del consultante a efectuar una o dos entrevistas y la realidad

práctica surgida como posibilidad de la interacción. Los encuentros se ven incrementados a través del contacto e intercambio en el campo clínico.

En segundo lugar, observamos un modo de abordaje del analista con algunas características estilísticas, que se van produciendo en el campo relacional. Estas las articulamos con un cambio de actitud del consultante y la posibilidad de continuar las entrevistas.

En tercer lugar, si logramos demostrar que la estructura discursiva del consultante se ha ido modificando semántica y fenoménicamente a través del desarrollo de las entrevistas, podríamos también conjeturar que *el estilo de abordaje fue, de algún modo, responsable de esta situación*. Esto posibilitaría reflexionar sobre la importancia que tiene, en cualquier tipo de experiencia clínica psicoanalítica, el modo de abordaje del terapeuta. Acordaríamos, así, con las tres citas que hemos ilustrado anteriormente acerca de la *singularidad de cada experiencia clínica como uno de los paradigmas del psicoanálisis del siglo XXI*.

Es decir, que si quisiéramos articular lo que habíamos formulado como estrategias clínicas con la idea de un vínculo terapéutico que se establece dentro del contexto del método en un segmento inicial del mismo, podríamos señalar que *la estrategia del analista (que no creemos que haya sido intencionalmente explícita, pero que surge del clima relacional engendrado) fue la de ofrecer algunos interrogantes elementales para ubicarse como un interlocutor absolutamente ingenuo, abierto, y envuelto en la incertidumbre, asumiéndola como tal. Se trataría del vínculo entre un relato muy profuso, sumamente complejo, muy desbordante y de difícil conceptualización a una respuesta sencilla, mínima y de un intento de esclarecimiento progresivo*.

ALGUNOS COMENTARIOS ¿FINALES?

En esta presentación hemos intentado señalar e insistir en el grado de compromiso afectivo que surge de las entrevistas que llamaríamos “proceso de iniciación de una experiencia psicoanalítica”. Registramos que se juegan afectos entrañables no solamente del ser que consulta sino del consultado.

Los compromisos afectivos de tal intensidad, creemos que son

posibles relevantemente en la experiencia llamada "psicoanálisis" (método clínico).

O sea que, desde el punto de vista de las psicoterapias más sofisticadas, o conceptualizadas, para los que diagnostican "la muerte del psicoanálisis", es un muestreo que el mismo *tiene recursos conceptuales que se pueden llamar teoría del vínculo, teoría de la contratransferencia, vínculo terapéutico, compromiso emocional, juego winnicottiano, sin memoria ni deseo bioniano, etc. Que existen toda una serie de léxicos y modelos conceptuales que muestran posibilidades inéditas de la experiencia emocional psicoanalítica.* En otros términos, de los encuentros de la clínica psicoanalítica. O sea que el consultante, en la medida en que se incrementan las entrevistas, realiza descubrimientos.

Pretendemos mostrar la potencialidad de la experiencia llamada método o clínica psicoanalítica. Creemos que fue posibilitada, justamente, por la estrategia complementaria y la modalidad peculiar de la analista, que estableció una notoria permeabilidad con los sufrimientos extremos y la problemática dramática de Pablo.

Queremos agradecerle al Dr. Winograd por sus valiosos aportes a lo largo de los tres años compartidos en un grupo de discusión.

BIBLIOGRAFIA

- FREUD, S. Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. *Obras Completas*, págs. 107-121.
- La iniciación del tratamiento. *Obras Completas*, págs. 121-145.
- GABBARD, G.; WEATEN, D. Repensando la acción terapéutica. Aperturas, *Revista de psicoanálisis (Internet)*, Nº 26, agosto 2007, Original en: *Int. Jo. of Psycho.*, 84, págs. 823-841, 2003.
- GREEN, A. *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*. Amorrortu, 2005, pág. 70.
- JIMÉNEZ, J. P. "Aprender la práctica de los psicoanalistas en sus propios méritos". Key note paper, IPAC, Chicago, 2009.
- "El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica". Aperturas, *Revista de psicoanálisis (Internet)*, Nº 20, Julio 2005.
- LIBERMAN, D. *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1974.

WINOGRAD, B. "Hacia una clínica de la singularidad". *Revista AEAPG*, N° 32, 2009.

Trabajo presentado: 4-4-2011
Trabajo aceptado: 18-4-2011

Sara H. Falatycki
La Pampa 2020, 7° "A"
C1428EAJ, Capital Federal
Argentina

E-mail: sarafala@yahoo.com.ar

Alicia Heffesse
Villanueva 1361, 3° "B"
C1426BMI, Capital Federal
Argentina

E-mail: aliciaheffesse@fibertel.com.ar

Liliana Manguel
Arce 766, 4° "C"
C1425BSL, Capital Federal
Argentina

E-mail: narago@ciudad.com.ar

Silvia Matalon
Ugarteche 2910, 4° "C"
C1425EVD, Capital Federal
Argentina

E-mail: silmatalon@yahoo.com.ar