



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 21 – Invierno 2017

LA CLÍNICA DE LA VIOLENCIA EN TIEMPOS ANTIHOMEOSTATICOS

Alejandro Klein ¹

LA CRISIS DE LOS PARADIGMAS: TRAUMA VERSUS HOMEOSTASIS

Si hay algo que todos sabemos es que muchas cosas, probablemente de forma irreversible, han cambiado en nuestras prácticas y posibilidades técnicas.

Las patologías han cambiado, se señala. Pero también lo ha hecho el clínico y la forma en concebir la clínica.

Esta crisis social que desampara al sujeto y a las subjetividades en este principio de siglo e instaura una violencia cada vez más trepidante, creo que, valga la paradoja, no puede sino ser saludable para el campo de la clínica. Puede llegar a otorgar un “baño” refrescante y saludable desde el momento en que habilita a cuestionar verdades pretéritas e inmovibles .

La valoración definitiva que estamos otorgando a la investigación empírica no es ajena a este fenómeno. Indagamos y nos preguntamos sobre qué es paciente, qué es cura, quién es un psicoterapeuta. Este fenómeno, que parece ser generalizado, quizás se acentúa en esta parte del mundo, ya que esta crisis no sólo cuestiona paradigmas, sino que nos desafía a la creatividad de proponer nuevos modelos de salud mental.

¹ Dr Alejandro Klein. Universidad de Guanajuato
alejandroklein@hotmail.com

Ojalá exista un pronto retorno de una situación de bienestar y tranquilidad económica, pero me arriesgaría a decir que la psicoterapia ya no será la misma que en años anteriores. Cuando decimos que ya no existe ese psicoterapeuta distante que daba la mano, que no tuteaba, que mantenía una gélida distancia, remite, como dato más profundo, a que hay algo del encuentro con el otro que ha venido a ser valorado, pero en tanto se ha valorado el *encuentro*, además, con la realidad misma.

Por otro lado, ya no se puede sostener un modelo de aparato psíquico neutro e independiente de factores sociales y económicos. De esa misma manera el psicoterapeuta no puede desprenderse ni es independiente de las variables sociales y económicas.

Todo esto lleva, desde mi punto de vista, a ser más *modestos* en el concepto de cura. Me da la impresión de que paulatinamente estamos pasando del paradigma clásico de hacer consciente lo inconsciente, como una regla fija, universal y constante, a la perspectiva de hacer lo suficientemente posible por el paciente, en el suficiente espacio terapéutico y con lo suficientemente terapeuta que podamos ser.

Rescato una frase de Hugo Bleichmar (1997) que me parece importante: no se trata de ser ni buenos terapeutas ni malos terapeutas, se trata de ser suficientemente buenos terapeutas. La cautela va de la mano de lo razonable y lo contextual.

En este sentido se plantean dos situaciones a priorizar.

Desde el paciente, el hecho que la gente tiene menos ingresos económicos, y que aparecen consultas en torno a lo urgente y devastador: desempleo, depresiones por pérdida de trabajo, emigración u otros.

Desde el terapeuta, el tener que contrastar o confrontar cierto modelo ideal de lo que es una terapia, un paciente-tipo, una problemática-tipo. La realidad nos señala o impone, la imposibilidad de mantener modelos terapéuticos que remiten a cierto ideal inalcanzable.

Sugiero que la crisis tiene que ver entonces, no solamente con procedimientos y necesidad de adaptación de dispositivos, sino también con la crisis del paradigma terapéutico, que requieren mantener como telón de fondo o metaencuadre, un contexto social y económico de clase media con estabilización social. Un tipo de sociedad, de conflictiva y de paciente,

siempre repetidos a sí mismos, como algo circular y cerrado que siempre está y es inmodificable.

Una especie de homeostasis social propia del principio de constancia. Principio de funcionamiento psíquico que se busca extrapolar a lo social y contextual. Los principios de extrapolación ingenuos están en crisis, lo que conlleva paradigmas en crisis.

No se trata sólo de que porque la sociedad esté en crisis, hay que cambiar la forma de trabajar. El problema es que al consultante en crisis, se le suma una situación social de crisis junto a una serie de paradigmas en crisis.

En otras palabras: considero que no hay forma de mantener al principio de constancia como eje del metaencuadre habitual de trabajo. La preponderancia de lo traumático, implica que el modelo desde el cual nos formamos se ha vuelto no sólo anacrónico, sino también inaccesible.

Esto implica además la necesidad de incorporar nuevas variables que no estaban previstas en programa clínicos iniciales, como resiliencia, agenciamiento, empoderamiento.

LA CRISIS DE LOS TERAPEUTAS: LA SUPERVIVENCIA

Lo traumático se instala además en nuestros consultorios: la sesión pasa de ser semanal a quincenal o a veces mensual. La continuidad del tratamiento se vuelve discontinuo pero nuestros paradigmas de cura se desenvuelven en la continuidad no en la discontinuidad.

El espaciamiento de las sesiones lleva a que se sufra una mengua en los ingresos, lo que opera como otro factor de crisis, ya que el terapeuta se va pareciendo cada vez más a su paciente en crisis. La asimetrización se va diluyendo en el sentido de cierta especularización. Hay algo del desempleo del paciente, o de la crisis del paciente que no puede pagar, que obviamente se reduplica en el terapeuta.

Progresivamente, atender a un paciente, se gesta desde una óptica de la supervivencia.

Hay no solamente una adaptación, sino una sobreadaptación del terapeuta a lo que el paciente le plantea. Esto no puede dejar de tener efectos a nivel del estrés laboral, lo económico, y a nivel de la autoimagen.

Una cosa es, como señala Laplanche (1987), que el contrato terapéutico se haga genuinamente entre paciente y terapeuta, y otra cosa distinta, es que sea el terapeuta el que se sobreadapte al paciente.

El sentimiento de inseguridad que puede surgir, no es solamente por lo precario de la situación, sino también -como ya señalé- por la necesidad de duelar determinados modelos que pautan el ejemplo de lo que se es y se hace como terapeuta.

LA CRISIS DE LOS TERAPEUTAS EN FORMACION

Eso con referencia a los terapeutas ya formados, ¿pero, y los terapeutas en vías de formación? ¿Cómo hace en este momento un aspirante a terapeuta para transformarse en terapeuta, cuando todos los requisitos para ser tal, implican una inversión económica no menor: consultorio, grupos de supervisión, grupos privados de estudio, análisis personal?.

Lo dramático sería que el aspirante a terapeuta sienta que no puede dejar de ser aspirante a terapeuta, porque hay toda una serie de procedimientos técnicos que ya no puede cumplir. O se consigue consultorio y supervisión gratis, o cambia el modelo de formación, o directamente ya no se supervisa.

En estos casos se genera un malestar, ya que todo aspirante a terapeuta sabe que para ser terapeuta tiene que supervisar, lo que puede contratransferencialmente generar malestar en el vínculo con su paciente. La situación difícil es que se pueda sentir que siempre está faltando algo para ser real y genuino en la práctica clínica.

UNA PSICOTERAPIA SALUDABLE

El psicoterapeuta no debería adelantarse ni atrasarse con respecto a la subjetividad que despliega su paciente. En el primer caso estaría actuando desde lo axiológico, en el segundo, desde el imaginario social. En ambos casos, buscando resguardar seguridades y tranquilidades que nos permitan trabajar en esta época de cambios, cambios a los que no pocas veces cuesta encontrarles un sentido.

Es obvio que ambas dimensiones (la de los valores y los atravesamientos sociales) siempre están presentes, pero me atrevería a decir que podemos como psicoterapeutas, ser más francos, más espontáneos, sentirnos más cómodos en nuestro rol, revisando algunas consideraciones que arrastramos como verdades sagradas, desde la teoría o la técnica.

A mi entender se podría consolidar una noción de encuadre que no pre-juzga sobre una cura- tipo, sino que implica una actitud mental de recepción a distintos tipos de paciente y cura.

El terapeuta puede delimitar así:

1- Que la sesión es siempre contextual: depende del marco cultural y las urgencias sociales de los distintos pacientes. De esta manera el encuadre es capaz de albergar lo nuevo que surge.

2- Que los modelos de terapeuta y terapia también son contextuales. Es la necesidad de hacer ajustes y transformaciones permanentes en la forma de trabajar.

3- Que existe una oscilación permanente entre la “diferencia” con los pacientes, y la “semejanza” con ellos. Contratransferencialmente está quizás la culpa por el sentirse en una situación más resguardada, pero también está lo ominoso de percibir lo indefectible de una situación social que alcanza a todos por igual.

De esta manera el psicoterapeuta se siente y es parte de todos los conflictos que hacen a la problemática social y de ciudadanía y por otro lado se encuentra más fortalecido en el encuentro con la realidad y su paciente.

Un saludable “ateísmo” ideológico nos hace ser más relativistas, menos dogmáticos, quizás más emprendedores. *Leemos desde la diversidad, estamos más atentos a lo inédito, somos capaces de duelar imágenes omnipotentes y tribales de un supuesto psicoterapeuta-tipo* (Klein, 2006)

Creo que no pueden ser sino datos que auguran el inicio de una psicoterapia saludable.

BIBLIOGRAFIA

Bleichmar, H. *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica- Hacia una técnica de intervenciones específicas*. España, Paidós, 1997.

Klein, A. *Adolescentes sin adolescencia, Reflexiones en torno a la construcción de subjetividad adolescente bajo el contexto neoliberal*. Montevideo, Psicolibro- Universitario, 2006.

Laplanche, J. *Nuevos Fundamentos para el Psicoanálisis*. Argentina, Amorrortu, 1987.