



## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Extra Nº7 – Otoño 2024

Material presentado en la IV Asamblea Internacional de Investigación “A partir de Pichon-Rivière”,  
Montevideo, 13-15 de septiembre de 2024

### Caminos hacia una clínica políticamente incorrecta<sup>1</sup>

Ricardo Klein<sup>2</sup>

#### A. LA CLÍNICA (algunos postulados de inicio)

1. Partimos de un concepto básico: En el encuentro clínico, la clínica es soberana, decía Freud. Tiene soberanía sobre la teoría –refutándola cuando ésta no es aplicable y útil-, y sobre las pertenencias institucionales –más allá de sus mandatos y motivos-.
2. Si la clínica es soberana, es una obviedad redundante repetir que no hay poder que esté sobre el poder del soberano en su reino; en la clínica, gobierna la clínica.
3. Sabemos, pues cada reino no se halla aislado del mundo, que el reino clínico tiene fronteras con otros reinos y está en contacto con otros poderes, con los cuales habrá relaciones externas que podrán tener injerencia, a la vez que no soberanía.
4. En estas líneas nos centraremos en la política del reino, por lo cual la clínica será el sujeto en cuestión.

<sup>1</sup> Trabajo presentado en la Mesa 2B.

<sup>2</sup> Psicólogo. Buenos Aires (Argentina).

## **B. LA SALUD COMO TAREA (algunas coordenadas de partida).**

1. Si tomamos a la clínica como el sujeto gramatical, una oración con ella conlleva un verbo; y esto implica un hacer, al cual debemos definir. Ese hacer está ligado a la salud.
2. No me voy a detener en grandes polémicas acerca de qué es la salud. Sí marcaré un rumbo citando coordenadas que validan mi tarea. Comenzaré por Freud, que postulaba la tarea de la salud como devolver al sujeto la capacidad de trabajar y amar –a las cuales agrego el winnicottiano jugar-. Continúo con el concepto pichoniano de adaptación activa a la realidad, entendida como un interjuego dialéctico de procesos de acomodación y asimilación, entendiendo a la realidad tanto la interna como la externa en forma interdependiente; y el concepto activa representa al protagonismo que la persona saludable posee en su vida. Por último, ligo la salud al desarrollo de los procesos de maduración que quedaron detenidos y al cierre de las gestalts abiertas, tal como lo plantea Fritz Perls.
3. Este hacer pone líneas de tensión en su camino hacia ella, o sea hacia la salud. Ese es el objetivo. Sabemos que nuestro trabajo en la clínica no siempre lo logra, aun habiendo habido trabajo. Ese trabajo realizado es aquello que Pichon-Rivière denomina tarea. Y aquí encontraremos dos posibilidades diferentes a ser realizadas.
4. En un caso, se halla la posibilidad de generar transformaciones, de liberar al sufriente de aquello que lo sujetaba, permitiéndole una vida todo lo plena posible para sí. No es una clínica del por qué –aquella que intenta dar cuenta de las causas del padecimiento-, sino del para qué –que dicho padecimiento deje de estar o se morigere-. A esta modalidad clínica la he llamado marxista. Marx es el primer filósofo al cual no le interesa comprender el mundo, sino cambiarlo. Otra situación ocurre cuando dicha transformación –más allá de lo deseable que fuera-, no es posible por diversas causas y resistencias, por responsabilidades, irresponsabilidades y por decisiones conscientes o no. En estos casos, la tarea clínica es de sostén, a fin de evitar caídas y deterioros. Esto es renunciar a lo deseable en aras de lo posible, lo cual es una artesanía clínica.

## **C. LAS DIFICULTADES Y RESISTENCIAS (poniendo foco en la tarea a realizar).**

1. Las personas nos hallamos atrapadas entre dos muros. Por un lado, el viejo carácter; y por otro, nuestra amada identidad. En ese desfiladero, los cambios son tortuosos. Pues es por esas dos cosas que sufrimos. Los problemas cotidianos y de los otros que cada uno de

nosotros tenemos, a poco de mirar nos damos cuenta que para otras personas, diferentes de nosotros, no lo son, y que además pueden resolverlos con cierta facilidad. Pero nosotros... ¡No! Seré sucinto. Si algo nos hace infelices se debe a que nuestro carácter insiste en hacer más de lo mismo. Además, nuestra identidad pone en juego esa fijeza, diciendo: ¡Yo no hago esas cosas! ¡Yo no soy así! Lo cual sólo deja un camino, con el detalle que para transitarlo, para poder hacerlo, debería dejar de ser yo tal como lo soy y devenir otro.

2. Todo lo expuesto concluye en que la clínica es un proceso de transformación. Este proceso no es meramente en el mundo de las ideas y conceptos. Se trata de generar nuevas vivencias que puedan conmover las experiencias anteriores, a fin de poder modificarlas. Experiencias que se hallan asentadas en vivencias anteriores que, a manera de relatos, nos contamos, y cuya verdad y realidad, nos creemos a rajatabla. Por eso considero que generar esas vivencias que toquen, convuelvan y transformen lo vivido y no solo las ideas de cada paciente, es la tarea.

#### **D. LA TAREA, RÍO CONDUCTOR DE LA CLÍNICA (del fluir, sus límites y continencias).**

1. La tarea, para Pichon, difiere del objetivo. Este último es a donde se quiere llegar; la tarea es el camino que los protagonistas que la realizan se dan, para tender a llegar a dicho objetivo. Tender a llegar significa que pueden no alcanzarla y, a la vez, que ha habido trabajo y movimiento hacia ella. El propósito es que fluya, evitando, moviendo, trabajando las resistencias que impiden ese fluir. Levantando los obstáculos que se oponen a ella.
2. Toda tarea es estructurante de la relación que las personas tienen entre sí, pues es la que le da sentido. Toda tarea implica un cambio en las personas que lo hacen, y en el medio en el cual se hallan insertas. Todo lo que produce cambio genera ansiedades y temores y, por lo tanto, resistencias a trabajar.
3. Dijimos anteriormente que la clínica es soberana, o sea que no reconoce otros poderes sobre ella. Y nuestra tarea es que la persona con la que trabajamos pueda desasirse de los poderes que la atrapan, la detienen, le impiden, la obstaculizan... vivir como desea. Todo esto para tender a un mejor vivir, cuyo propósito es lograr su felicidad –entiéndase esto como aquello que la persona considera para sí-. Todo aquello que impida al río clínico fluir tendría que ser puesto en cuestión, pues nada hay por sobre la clínica, la salud de la persona, la tarea a realizar. La tarea es la emancipación de todo discurso amo que impide

pensar, impide sentir, impide hacer... en aras de correctos caminos. Y todo aquello que se halle en ese lugar por los motivos que fuere, tendría que ser puesto en cuestión. Esto es acallar las voces que imponen conductas, luego de lograr dialogar con ellas... y cuando el diálogo es imposible, se tratará de cortar el nudo gordiano sin tentar denodadamente desatarlo.

4. Todo lo dicho lleva al tema vital que es la vida misma, y su fluir libre como un río. Y como todo río, precisa un cauce. Todo cauce tiene dos orillas. Por un lado, aquel cauce que cada paciente se vaya dando a sí mismo; y por otro, el cauce que quien trabaja como terapeuta lo haga respecto a su trabajo. En el lecho del río, entre ambas orillas que conducen la tarea, se halla aquello que contiene y da cauce al río y su fluir: la ética. Tanto la ética del paciente como la del terapeuta. Si una de ellas falla, el río se desborda, pierde su cauce y deja de fluir... en dirección a la cura.

#### **E. LA ÉTICA Y LA CLÍNICA (de ética, clínica, los márgenes de libertad y el elegir).**

1. La mejor formulación de la ética la he encontrado en el libro de Sabater "Ética para Amador", donde sin grandes ni altisonantes palabras, da cuenta que la ética trata de lo que nos hace bien y lo que nos hace mal; no de lo que es bueno o lo que es malo. Por lo tanto, al revés que la moral, es singular, propio de cada quien, y no es lo que hay que hacer, sino aquello que elijo hacer, no porque quiero sino porque me hace bien, en uso de mi libertad. La libertad solo es posible si podemos elegir; si no hay elección, no hay libertad. La clínica trata de que las personas puedan ampliar sus márgenes de libertad. O sea, que puedan crear caminos alternativos... un plan b, un plan c, un plan d... Siempre puedo elegir, que no es igual que hacer siempre lo que tengo ganas. A veces no puedo elegir lo que me pasa, a la vez que soy libre de elegir qué es lo que hago con lo que me pasa... si soy libre ... Para poder elegir tengo que tener un norte, una dirección, mirar la brújula y poder responder a la pregunta: ¿Cómo quiero existir? ¿Cómo vivir del mejor modo posible? Y cada cual es dueño –o sería bueno que lo fuera- de poder responder estas preguntas.
2. Sabater diferencia claramente la ética de la moral –conjunto de preceptos vigentes en una sociedad de aquello que está bien y aquello que está mal-. De hecho, toda pregunta por el bien o el mal remite siempre a una cuestión moral, que siempre tiene un poder que ordena y somete.

3. Y como dijimos antes, en la clínica se da un encuentro –o desencuentro- entre la ética del terapeuta y la ética del paciente.

#### **F. LOS CAMINOS DE LA CLÍNICA (del tránsito por la autopista a caminos al caminar).**

1. Si la clínica –como la vida misma- es un río al cual queremos devolverle su fluidez -metáfora hidráulica- podemos también pensarla estando con los pies en la tierra. En ese caso, ya no es por el agua sino que transcurre a través de caminos. Como en toda red de tránsito habilitada hay autopistas, rutas, caminos, senderos y otras formas de transitar a construir. En general en nuestra formación como terapeutas y frente a la inexperiencia, optamos por aprender y recorrer caminos conocidos, supuestamente más seguros; las autopistas son perfectas para eso. Tienen todo indicado y señalizado. Andar con un GPS ayuda un montón a no perderse...
2. Sólo que a veces, atendiendo por autopistas, la tarea no se realiza. Hay lugares a los cuales no se llega... y nos tocará ver si nos animamos a bajar de la autopista, tomar una ruta, buscar un camino de tierra o caminos de los cuales no sabíamos que existían... y produce muchas emociones encontradas... miedo..., incertidumbre..., temor a la crítica..., también excitación..., y todo lo que se te está ocurriendo en este momento...
3. Dijimos que la clínica es soberana... que ir en pos de la tarea es ver por donde circular... y que el carácter es lo que trataremos de cambiar... Con el paciente que tenemos enfrente en estos momentos, lo soberano está siendo el camino, la tarea es cumplir con lo que es esperado que hagamos –y habría que pensar esperado por quien/es... y nos engolosinamos en escuchar el problema que el paciente trae más que cómo lo trae, cómo el carácter del paciente lo trae... Y ahí nos perdemos... perdemos la mirada en el paciente, en su carácter, en su modo de estar en el mundo, quedando absorbidos en sus problemas. Perdimos la soberanía de la clínica tomados por trabajar aquello que trae manifiestamente; perdemos la tarea y de que se trata lo que viene a trabajar... ¿Qué nos ha tomado?

#### **G. LO POLÍTICAMENTE CORRECTO (relato de cómo instaurar un censor clínico).**

1. Hemos sido tomados por aquello que se supone debemos hacer, y por el cómo hacerlo según lo que corresponde hacer. Las autopistas y los manuales, a manera de GPS, indican

por donde circular. En resumen, lo que se espera que hagamos, correctamente. Utilizaré un concepto conocido y puesto de moda últimamente, que es lo "políticamente correcto". Esta frase se refiere a un enfoque y una práctica de evitar el uso de lenguaje, ideas o comportamientos que puedan ofender o marginar a determinados grupos de personas, especialmente aquellos que históricamente han sido discriminados o desfavorecidos. La intención es promover la inclusión, el respeto y la igualdad, abarcando diversas áreas, como el género, la raza, la orientación sexual, la discapacidad, la religión, entre otras. Por ejemplo, en lugar de usar términos despectivos o estereotipados, se prefiere utilizar un lenguaje más neutral y respetuoso. En su lado opuesto, a veces se usa peyorativamente para criticar una censura excesiva o una limitación a la libertad de expresión, que puede llevar a la autocensura y a la pérdida de autenticidad en el discurso. En resumen, lo políticamente correcto busca crear un ambiente de respeto y consideración hacia todos, evitando expresiones que puedan ser ofensivas o discriminatorias.

2. He tomado esta expresión –con cierta idea provocativa- para señalar las consecuencias que en la clínica podría tener obrar con tantísima corrección. Si desde la Gestalt, más que aquello que una persona dice escuchamos el cómo dice lo que dice, imponer el decir lo políticamente correcto significa imponer un corsé de fuerza a ese decir, dejando por fuera de ese discurso el cómo es vivido por la persona que lo expresa... correctamente. O sea que ese lenguaje, que en la vida cotidiana tiene un político sentido que no pretendo aquí cuestionar, en la clínica deja afuera la soberanía de la clínica en aras de lo políticamente correcto de expresar. Deja impedida la tarea, para imponerle un cómo hacerla, y deja intacto el carácter que se preserva de que aparezcan aspectos despectivos, discriminativos u ofensivos. Como se darán cuenta, hemos perdido el rumbo.
3. Un relato vívido de lo expuesto a modo de fábula clínica –modo creado por Marcelo Percia para hablar de clínica creada de diversas escuchas sin ser en sí un caso clínico concreto-, aconteció en una primera entrevista con un paciente gay. En ella describe un acto sexual que ha tenido. Le pregunté si ... si me permiten decirlo como se lo dije... si le había chupado la pija, dado lo que venía expresando. Me encaró cuestionándome cómo le hablo en esos términos. Le pregunté si hubiera sido más adecuado haberle dicho si le succionó el miembro... Y le pedí que me dijera si, cuando me lo relata, piensa en esos términos o como se lo había dicho antes... Se rió... y le conté qué si le hubiera hablado en los términos de la succión, eso estaría muy alejado de su vivencia, de cómo lo había sentido, pues esa expresión políticamente correcta no lo hubiera afectado, no le hubiera provocado ningún afecto.

4. Si hablamos de manera políticamente correcta le quitamos a nuestras palabras la carga afectiva que tienen, intercambiando ideas y conceptos intangibles. Y allí no habría ocurrido nada. A la vez, instauramos un censor en nuestros consultorios. Y la clínica y la censura van a contramano.

#### **H. LO POLÍTICAMENTE CORRECTO AMPLIADO (funciones de policía en el consultorio)**

1. La idea de lo políticamente correcto fue pensada como una forma inclusiva que, bajo un manto protector, impedía que ciertas prácticas y expresiones ocurrieran. Esto ya vimos que no nos resulta útil para nuestras clínicas. Proponemos extender el uso de la expresión de lo políticamente correcto según cómo es vivido, más de una vez, en nuestras vidas cotidianas, según lo esperable y adecuado que hicéramos. Ligado a esto, retomo la idea de la soberanía, que es aquello que regula lo que es válido y aquello que no lo es, en un país, en un territorio, en un consultorio. Estamos hablando de una posición, el lugar de un amo, que tiene el poder de impedir que ciertas formas, ideas, conceptos, pensamientos, conductas, tengan lugar. Desde los aportes de Lacan, se trata en nuestra tarea clínica de evitar los sometimientos a todo discurso Amo, a fin de liberar a la persona de sus sujeciones. Desde la Gestalt, parte del trabajo clínico consiste en cuestionar los introyectos –ideas y conceptos tragados acríticamente a lo largo de nuestra historia- para poder ser digeridos, para luego decidir si aceptarlos o rechazarlos. Introyectos que imponen servidumbres y acatamientos. Si esta tarea no se realiza, el carácter –sometido a esos Amos, repitiendo esas ideas y discursos- no cambiará. Por lo cual, podemos pensar en que lo políticamente correcto –además de las formas evitativas de discriminaciones varias- tiene ampliaciones posibles de enunciar: lo moral, lo ideológico, las pertenencias a partidos políticos, instituciones, asociaciones, etc., los distintos abordajes y escuelas teóricas, las costumbres sociales, las verdades incuestionables del sentido común.
2. Digámoslo claramente: la clínica y la moral son absolutamente opuestas. La clínica trabaja para liberar a la persona de aquellos imperativos que mandan lo que está bien y lo que está mal. Esta tarea es más allá de los contenidos que esa moral enuncia, que son los ejes de lo moral en cada sociedad y medio social. Cuando utilizamos lo moral como línea de intervención estamos adaptando la persona a su medio. Y cuando limitamos nuestro decir, circunscribimos nuestra potencia clínica, cercenándola. La moral reside en las iglesias y lugares de culto, la clínica en los consultorios. Apuntan hacia lugares opuestos. Es un nefasto ejemplo de una clínica moral aquella que trata de “curar” la homosexualidad. O la que tiene el imperativo categórico de mantener la familia unida

pese a todo lo que acontezca en ella. O imponer el amor filial aún si éste no es sentido... etc., etc., etc....

3. La clínica y lo ideológico no son un opuesto en sí mismo, solo que cuando lo ideológico toma una porción del territorio clínico, se produce un recorte y por lo tanto una limitación. Esto deja fuera del trabajo clínico una porción importante que no será trabajada. En lugar de lo moral como bajada de línea de lo bueno y lo malo, aquí el poder manda un cómo se debe pensar y cómo no se debe hacerlo. Esto en aras de aquello que sería la corrección política o la desviación ideológica. Estas ideas no salen del consenso social, sino de una teoría de cómo deben ser pensadas las ideas, según el libreto del maestro en cuestión. Parecidos efectos con otro disfraz. Impone ideas correctas a pensarse, a la vez que lugares de partida inamovibles, en lugar de que se generen lugares de llegada de la persona en su proceso de transformación. El relato siguiente versa sobre una de mis primeras experiencias de trabajo, en este caso como acompañante terapéutico. El paciente era un rugbier adicto al consumo de estupefacientes. La médica de guardia me comunicó que antes de retirarme el sábado a la noche había que atar al paciente a la cama. Mi ideología se oponía fuertemente a hacerlo, a la vez que el mandato laboral y la experiencia de la médica imponían un acatamiento. Fue muy duro de transitar y al volver al día siguiente, con el paciente ya liberado de su atadura, reconozco mi miedo pues... como relataba, el rugbier tenía una musculatura que era de temer y se había quedado muy enojado. Al llegar, tenía que atravesar un largo pasillo, viendo al paciente al fondo conversando.... Me fui acercando con mucha aprehensión y temor... hasta que llegué... Para mi sorpresa, me agradeció el haberlo atado, pues según me dijo, hubiera roto la puerta de la enfermería para conseguir drogarse. ¡Ahí aprendí la diferencia entre trabajar con una ideología –o sea sometido a ella- y desde una ideología –que posibilita el pensar en las consecuencias y estrategias de lo a realizar clínicamente y no en el mantenimiento incólume de una ideología!
4. Otra sujeción no menor son las pertenencias que, bajo la amenaza de exclusión, impiden abordar ciertos temas, problemas o situaciones, pues está prohibido su cuestionamiento. Las capturas de los diversos grupos quitan poder de acción a la persona evitando su desarrollo, a la vez que le imponen conductas y establecen interdicciones, con acusaciones de herejía. Recuerdo en los albores de mi inicio profesional, que autoridades de un partido político me ofrecieron derivarme militantes a mi consultorio. Me aclararon que había una sola restricción. No debía ser cuestionada la pertenencia y la ideología del partido. Comprenderán que decidí no aceptar esa propuesta laboral, aun necesitando en ese momento pacientes.

5. Un poder no menor, aun siendo a veces más sutil, lo ejercen las diversas escuelas teóricas en las cuales nos formamos. Se imponen superyoicamente en nuestros consultorios como somos que nos dejan ser sólo fieles servidores. Suele pasarnos que, al igual que a nuestros padres, tengamos que matarlos para poder existir plenamente. Lo que nosotros no hagamos con ellos, lo que dejemos de hacer por obedecerlos, lo pagarán caramente nuestros pacientes. Fíjense una obviedad: si la mayoría de las teorías tienen como teorización importante la integración de cada persona, pedirle a un terapeuta que posee formaciones anteriores que sea un terapeuta puro (sea en la línea o teoría que fuese), es un absurdo. Si lo logra, no se ha integrado, y si no lo logra, no es puro. Pese a lo cual, esto es algo que diversas escuelas piden: trabajar para lograr la subjetividad integrada de cada paciente, siendo a la vez los terapeutas que con ellos trabajan arrasados respecto a sus formaciones y experiencias anteriores. A modo de experiencia personal, recuerdo un hecho vívido del inicio de mi práctica clínica, acontecida a la salida de la dictadura. Una paciente, al pasar un coche patrullero, se golpeaba la cabeza contra el piso. Valga aclarar que esto no se trataba de algo metafórico, sino que acontecía ante mis ojos. Mi formación de ese momento –o mi deformación como la había incorporado yo- excluía cualquier tipo de contacto físico con los pacientes. A la vez, mi panza no me permitía seguir impasible a este hecho. Coloqué mis manos entre su cabeza y el piso. No seguiré el andarivel del desarrollo clínico, sino mi imaginación de ese momento, cuando me vino la imagen de Freud y Lacan situados arriba, cerca del techo, tomándome una foto, y diciéndome: “te agarré in fraganti delito”.
6. Tampoco puedo dejar de lado el incluir como un posible obstáculo la absoluta observancia de las costumbres sociales que, si bien tienen puentes tendidos con todo lo anterior, pueden constituir un capítulo en sí mismo en estos temas. Esto se debe a que tocan, desde la vida cotidiana, una forma de organizarla que fluye sola... sólo que no lo hacen hacia donde la persona desea, y peor aún, sin siquiera darse cuenta... el consabido y reiterado almuerzo familiar de los domingos... el tener que celebrar las fiestas... la obligación de regalar... y un sinfín más de costumbres... a las cuales estamos sometidos cotidianamente, dándolas por obvias... y ya sabemos de qué trata lo obvio... qué de tan obvio, resulta obviado.
7. Por último, no es menor incluir aquí las imposiciones del sentido común. Estamos habitados en forma casi imperceptible de una forma de no-pensamiento, mediante la cual recurrimos a llenar posibilidades de pensar con lo que ya ha sido pensado y transmitido como verdades incombustibles. Frases y enunciados que nos quitan a la vez grados de libertad –pues no solo no podemos, sino que ni se nos ocurre cuestionarlas- como también responsabilidad –pues las frases responden por nosotros sin pensarlas siquiera.

Perdida mi libertad, y mi responsabilidad, sin darme cuenta, nos hemos perdido también cada uno de nosotros.

#### I. CIERRE (que no es otra cosa que una propuesta de apertura).

1. Por último, como cierre de esta exposición, citaré dos frases. La primera es de Hugo Bleichmar, que se halla en el epígrafe de su libro “Angustia y fantasma”, que siempre me ha conmovido mucho:

“A los que se empecinan en dudar,  
a pesar de la euforia narcisista que brinda la certeza compartida,  
o la oferta de poder con que seducen los grupos dogmáticos,  
o del terrorismo ideológico con que amenazan.”

La segunda es de Fernando Sabater que, al final de su libro “Ética para Amador”, enuncia: “¿Acabo con el último consejo, sin embargo? Ya que se trata de elegir, procura elegir siempre aquellas opciones que permiten luego mayor número de otras opciones posibles, no las que te dejan de cara a la pared. Elige lo que te abre: a los otros, a nuevas experiencias, a diversas alegrías. Evita lo que te encierra y lo que te entierra.”