

27

Tristán Maríaja

HOIC

~~8/10~~

ULLOA

clínica en adolescentes

Psicología clínica
de adultos



**En: Ulloa, F - Psicología Clínica de Adultos
e Introducción al Método Clínico**

capitulos seleccionados

Teórico N° 2



En las clases anteriores hemos redefinido el método clínico como un proceder que, si bien tiene su origen en la práctica médica no necesariamente queda limitado a esta disciplina; y, lo que es más, tampoco el concepto de clínica debe quedar circunscripto solamente a la idea de enfermedad.

En tal sentido hablaremos hoy de la conducción clínica o diálogo clínico como un procedimiento de aprendizaje que incluye los dos momentos ya definidos como actitud clínica y aptitud clínica. Recordemos que ambos conceptos se condensan en el término "interpretación", entendiendo por tal la reacción universal que todo individuo, en este caso el clínico, tiene frente a las condiciones del campo en que se incluye.

Actitud significa "interpretación-lectura" y aptitud significa "interpretación-formulación" o expresión de esa lectura.

Existe una vieja sentencia frecuentemente formulada por los clínicos médicos: "El clínico hace, no se hace". Más allá de la lunata dotación de un individuo para tal o cual rol, es evidente que la habilidad adquirida para el diálogo clínico dependerá básicamente de las condiciones en que se le su aprendizaje. Este aprendizaje está ilustrado por tres variantes del diálogo clínico:

1) El diálogo entre docente-clínico y alumno-clínico cuando dicho aprendizaje se estructura dentro de una modalidad coherente, con la habilidad que se pretende adquirir.

2) El segundo diálogo tiene su origen en este modelo de adiestramiento y mantiene el carácter de aprendizaje del mismo; es el diálogo entre el clínico y su objeto: la consulta clínica.

3) Finalmente el tercer diálogo se refiere a la interconsulta clínica, o sea a la integración de ciertos conocimientos en relación al mismo campo y objeto, entre dos o más clínicos.

Es aquí donde se pone en evidencia la real o menguada capacidad clínica de enseñar, aprender e integrar. Quizás lo que más ilustra esta situación sea la cooterapia y la coorientación con un paciente en una situación estructurada clínicamente. Esta es la modalidad que la cátedra ha adoptado para organizar el aprendizaje de una actitud clínica que consista en el soporte de la aptitud o manipuleos

Hay varias razones para nuestro interés como psicólogos en esta indagación. En primer término porque Ud. Está en un proceso de aprendizaje universitario, en una práctica de aprendizaje clínico, pero además que también tiene y mucho sus obstáculos y deformaciones, porque pensamos, ésta es mi experiencia en el campo asistencial, en el beneficio de organizar una psicopatología a partir del proceso de aprendizaje.

Las técnicas operativas precisamente apuntan en general a esto. Se pueden entender los trastornos de la personalidad como una detención del aprendizaje, donde el individuo dejó de encontrar la posibilidad de superar una determinada situación. Insisto pues que una investigación de esta naturaleza permitiría fundamentar tanto una concepción psicopatológica como una concepción psicoterapéutica que encuentro especialmente útil en el campo de la psicoterapia institucional-asistencial.

Precisamente la cooterapia, el diálogo cooterapéutico, es una operación de aprendizaje solidario entre los cooterapeutas y frente y con la ayuda de los pacientes. De ninguna forma se trata de transformar la psicoterapia en una suerte de información teórica, de ninguna forma, se trata del aprendizaje dramático, de la lectura dramática de lo que está aconteciendo ahí.

Todo lo anterior se refiere pues a tareas obligatorias de prestación social, en base predominantemente a dos encuestas: una encuesta cerrada que indague la relación de la población con sus instituciones y una encuesta abierta en relación a las ideas que sobre el aprendizaje he desarrollado.

Luego la cátedra siempre en relación con el Instituto de Psicología, organizará otro tipo de tareas que no están todavía muy programadas, pero que implicará trabajar sobre determinados campos, por ejemplo un dispensario materno-infantil o consultorías sociales, donde podrán funcionar asociados a alumnos de otras facultades, por ejemplo estudiantes de abogacía.

Estas últimas tareas no tendrán carácter obligatorio, por lo menos en relación a la cátedra de Psicología Clínica, aunque nosotros insistiremos en promoverlas y hacerlas posibles.

Aquí se trata de estudiar las condiciones del campo. Diseñar programas básicos y adiestrar equipos voluntarios para cubrir los dos programas.

Estas son, en líneas generales, las ideas sobre las que hemos organizado el funcionamiento un tanto experimental para un tanto piloto de la cátedra de Psicología Clínica, Sesión I, para este cuatrimestre.

técnicos específicos con que los futuros clínicos se manejarán en diferentes campos: psicoterapia, psicopedagogía, psicología Institucional, promoción y prevención de salud, etc.

No debe extrañar esta afirmación, donde se propone una cronología en el adiestramiento, pues, si bien no puede establecerse una nítida diferencia y menos una disociación - entre actitud, como capacidad para la lectura no falsificada, y la aptitud para expresar instrumentalmente dicha lectura, conviene establecer estos dos momentos, como secuenciales y no-simultáneos en el aprendizaje clínico. Esto está en relación precisamente con lo que hemos definido en clases anteriores como la desarticulación de la unidad de operación durante la formación, y también es ésta la cronología con que un clínico se incluye y estructura una situación: mira y registra información del campo y de sí mismo (evocaciones afectivas, recuerdos).

Podría decirse que la mirada es el hecho fundamental, el hecho esencial, en todo caso el hecho, primero en la clínica, siempre que lo visto no sufra un proceso reductor en el posterior discurso del clínico. Luego piensa acerca de estos datos, es decir, diagnóstica. Finalmente habla, es decir, opera sobre el campo. Ya veremos cómo el segundo eslabón de esta unidad (el pensamiento) es determinante de lo que luego llamaremos "la estructura de demora clínica"; es decir, la capacidad de relacionar no solo los datos provenientes del objeto clínico, sino la capacidad de advertir, contener y procesar oportuna y lúcidamente los propios sentimientos, convertidos en pensamiento. Precisamente el proceso reductor y de falsificación, en el hablar del clínico, se da cuando "lo visto" es distorsionado a partir de los propios sentimientos, que son advertidos pero no procesados adecuadamente.

Declaro, para reforzar conocimientos ya expuestos con anterioridad, que la unidad de operación que en el aprendizaje se desarticula en un clínico bien entrenado tiende a funcionar con cierta simultaneidad. Esto mientras la situación permita una lectura y expresión de dicha lectura más o menos facilitada, ya que si el campo ofrece demasiadas dificultades, posiblemente el clínico deba conformarse con tal desarticulación y releer nuevamente y fuera de la situación lo que aconteció, ya sea reflexivamente consigo mismo o supervisado por otro clínico.

Algo más acerca del proceder clínico en cuanto Metodología del aprendizaje: en toda situación de aprendizaje (estructurado o no, formalmente como tal) encontraremos tres elementos constituyentes:

1) Lo que se aprende

2) Dónde se aprende

3) Cómo se aprende

Lo que se aprende constituye el texto, o sea la relación vincular con el objeto de estudio. Configura lo singular o específico del campo de aprendizaje. Por ejemplo, el texto se organiza a través de la relación que Uds. Mantienen con la información teórica sobre método clínico, el procesamiento que de esta información van haciendo en los grupos de discusión y en la Asamblea.

El conocimiento extraído de la experiencia personal en todas estas operaciones intenta integrar información y afectos sintetizados en un pensamiento que conceptualice el conocimiento clínico. Esto constituye el **texto específico y singular de este campo.**

Pero a su vez existe un **dónde se aprende, contextual**, definido distintamente según lo hagamos a partir de individuos contextualizados por el grupo de compañeros o desde la cátedra contextualizada por entornos más amplios: facultad, ámbito social, etc. Este contexto configura lo mutable y crítico que condiciona favorablemente o desfavorablemente el texto.

Desde una perspectiva clínica es precisamente el **cómo se aprende, o nivel metodológico**, el que determina este carácter favorable o desfavorable. En tanto lo crítico y mutable del contexto sea advertido e interpretado desde el mismo texto, perderá su carácter de formativo y existirá la posibilidad de ser rescatado para enriquecer el aprendizaje. Si el texto constituye lo singular de un campo clínico, el contexto, lo mutable y crítico, lo metodológico que intenta interrelacionar oportunamente ambos niveles, configura lo constante.

Lo que sí se debe advertir, que si bien el texto refleja siempre la circunstancia del entorno y esto es válido para un paciente y su medio familiar, como para un alumno de la cátedra y el contexto, más o menos circunscripto, las posibilidades de lectura y de una real operación modificadora del entorno estará en relación directa con el grado de instrumentación textual alcanzado.

En síntesis, lo que debe destacarse desde una perspectiva del aprendizaje clínico y de una perspectiva clínica del aprendizaje, es que, en general, el texto es formativo y el contexto no incluido o aceptado pasivamente o solo reactivamente es deformativo. Por eso, en la adquisición grupal de una actitud clínica - la experiencia de Uds. - es fundamental promover en toda persona el proceso de integración del nivel afectivo y el conceptual (estilo personal) y garantizar la regulación solidaria individuo-grupo en un nivel que incluya y

trascienda el diálogo afectivo (yo siento o yo creo) para acceder al diálogo conceptual (yo pienso o yo sé); característica esta del diálogo clínico.

Esta integración del nivel afectivo y el conceptual en el adiestramiento clínico, implica que un individuo estará en condiciones de metabolizar emociones básicas en un pensamiento. Dos palabras muy significativas en clínica, condensan el sentido de esta metabolización durante el aprendizaje: resentimiento y reconocimiento.

Resentimiento, en su doble significado de "re-sentir" (volver a sentir lo mismo) y en su significado de sentir con hostilidad, define una actitud predominantemente detenida en el sentimiento y la evacuación del mismo a través del monólogo evocativo (hablo porque no puedo dejar de hacerlo). Monólogo que tiende a ubicar a un sujeto más como objeto de la clínica que como clínico.

Frente a esta posibilidad está la alternativa del **reconocimiento** también en su doble significado de conocer y gratificarse con este conocimiento.

Conocer con gratitud. Es este tipo de conocimiento o de gratificación que da el conocimiento que hace posible asumir la aptitud para el diálogo clínico donde se habla para señalar o interrogar (hablo para ...). Podremos ahora detenemos en la conducción clínica o diálogo clínico.

La **conducción clínica** implica una presencia y un quehacer personal donde el operador no es un mero testigo sino un integrante privilegiado en la estructuración del campo. Esta conducción pone en evidencia a partir de este carácter personal el estilo del operador. Puede decirse que la conducción clínica, o más precisamente el diálogo clínico, transcurre dentro de una estrecha franja. Por un lado está la seducción y su degradación demagógica y por el otro el autoritarismo y su correlato represivo.

En medio de estas dos alternativas de posible falsificación está lo que en clínica se conoce como la **veracidad pertinente**. Se accede a la veracidad de un campo clínico en tanto se logra desentrañar el sentido de los datos contrapuestos o excluyentes que se van presentando. Clínicamente se establece la verdad de una situación; no tanto a partir de la suma de datos que señala una dirección sino mucho más en la medida en que se logra integrar las contradicciones dadas, por ejemplo en el discurso hablado; y más aun si se logra integrar en un sujeto este nivel verbal con el paraverbal.

Obviamente, acontece otro tanto cuando se intenta integrar a través del diálogo clínico los diferentes discursos provenientes de diferentes sujetos. En

el curso de futuras clases iremos ampliando este aspecto de la veracidad clínica sobre todo cuando nos refiramos a las cinco condiciones de eficacia clínica.

No obstante cabe recordar que la posibilidad de no falsificar el campo depende, básicamente, de la idoneidad para la lectura; ésta estará regulada por la actitud en cuanto entendemos por tal la predisposición para la acción (aquí la acción clínica) tanto en su faz de lectura como en la ulterior expresión de la misma.

Dentro de las falsificaciones más frecuentes dadas en la conducción clínica podemos destacar tres:

La **lectura parcial o analógica** a partir de un detalle, cuando quien lee se demora en las similitudes o analogías con el modelo de confrontación. Recordemos que este momento de lectura analógica, totalmente válido en clínica, corresponde al "como si fuera" dramático en que se evoca algo anterior. Como decía, esta lectura constituye un momento válido siempre que a partir de la misma confrontación pueda establecer y reconocer lo diferente y singular de la situación nueva confrontada con la anterior.

Cuando simplemente se enfatizan las similitudes, se corre el riesgo de reproducir una situación anterior. Este peligro será mayor aún cuando la interpretación, además de ser parcial y analógicamente totalizadora, tienda a destacar la connotación afectiva más que denotativa significativa. Recordemos que connotación tiene una significación ligada a la afectividad subjetiva evocadora, en tanto que denotación mantiene una significación más ligada a las características objetivas y actuales de lo observado. Una lectura que quede en lo que nos connota emocionalmente un campo dificulta la integración del diálogo clínico y constituye la segunda falsificación frecuente. En términos psicoanalíticos, obviamente este tema está directamente relacionado a los beneficios de un manejo correcto de la contratransferencia y a los obstáculos de lo que se conoce como contraidentificación proyectiva, en donde no se advierten y procesan los propios sentimientos sino que, simplemente, se los asume y actúa.

Aquí el clínico degrada su rol de tal, al pasar directamente de la mirada y su correlato afectivo, a hablar automáticamente, saltándose el segundo término de la unidad de operación. No advertirá, por ejemplo, que está utilizando su pensamiento contaminado afectivamente, no tanto como un instrumento de comunicación lúcida sino predominantemente como un instrumento de inoculación o defensa.

La tercera falsificación desde una actitud clínica inadecuada se da cuando el operador trata más de practicar una u otra teoría que de conceptualizar una práctica a partir de los datos de la realidad en relación con el esquema científico de que está previsto. Parece obvia esta advertencia, no obstante constituye una distorsión que frecuentemente enmascara una duda de la conceptual desde la que se dice hablar. Las variables de esta duda de la pueden ser muchas y van desde quien supone poseer una suerte de collage o muestrario conceptual apto para diferentes situaciones al que está abroquelado en la ilusión de una teoría totalizadora inmovible.

Ambas situaciones suponen el temor de aceptar los múltiples aspectos desconocidos e inciertos que ofrece el quehacer clínico, sobre todo cuando no se cuenta con una instrumentación y una aptitud lo suficientemente sólida como para sostener el tiempo necesario la conducción de un proceso clínico. Es allí donde se apela a la teoría de turno o se realiza un esfuerzo por hacer "entrar" los datos en el bloque teórico que se maneja.

Un ejemplo de honestidad y sagacidad clínica nos lo da Freud en la medida en que no solo organizó desde el quehacer clínico su construcción conceptual sino que fue estableciendo modificaciones sustanciales en su edificio teórico a lo largo de su labor científica. No siempre puede decirse otro tanto acerca de los relectores freudianos cuando empiezan y terminan sus elaboraciones en sus textos, salteándose toda confrontación con la realidad clínica en que básicamente trabajó Freud.

Convergamos en que hay valiosos aportes epistemológicos desde esta relectura a la par que sublimes aventuras del pensamiento, enmascaradas de categorías meta-psicológicas que no resisten el contacto instrumental con el nivel psicológico de individuos concretos. Restaría ver ahora algo acerca del manejo pertinente de los datos clínicos.

Un clínico adiestrado puede acceder a un cúmulo de información no siempre manejable dentro del campo. Hacerlo o no hacerlo constituye una decisión clínica. Por decisión clínica se entiende el manejo pertinente de la verdad.

En líneas generales se establece en pertinencia a partir de dos cosas:

- 1) El encuadre clínico.
- 2) El momento del proceso.

Ya hemos señalado que el encuadre está estructurado en base a cuatro elementos:

- 1) Las condiciones materiales del campo.
- 2) El proyecto del mismo.
- 3) El esquema científico, metodológico y técnico.
- 4) El estilo personal del operador.

Cuando a partir de un esquema científico y metodológico soportado en un estilo personal, se administra un proyecto clínico (adiestramiento, consulta, interconsulta, etc.) en determinadas condiciones materiales (espacio, tiempo, composición del campo, etc.) es fácil establecer qué es lo que se puede y lo que no se puede hacer. Esto está ilustrado, por ejemplo, en lo que ocurre en la Asamblea de la cátedra, donde lentamente vamos estableciendo qué es lo pertinente y cuándo una actitud técnica o administrativa no lo es.

El segundo elemento para establecer lo pertinente está relacionado con el momento del proceso. Aquí se presentan mayores dificultades que en la pertinencia que surge del encuadre. Es decir, que se requiere mayor idoneidad clínica para tomar una decisión estando ésta en relación principalmente con el manejo de las ansiedades básicas operantes en el campo. Cuanto más se aparta el proyecto de una finalidad explícitamente terapéutica donde, por definición, se explicita y trabaja con el nivel de ansiedades básicas, más difícil será la administración de estas ansiedades.

Otra vez me remito a la experiencia que tenemos en la Asamblea, donde el proyecto está definido en términos de indagación operativa utilizando el campo como una oportunidad de adiestramiento clínico para todos los que lo integramos. En forma general, puede decirse que lo pertinente en un encuadre terapéutico, es examinar genéticamente cualquier suceso para establecer en qué medida constituye la repetición estereotipada de una situación anterior.

Por lo contrario, en una situación de indagación operativa, como lo es la Asamblea, se trata de utilizar la situación en su valor de ensayo, para una situación futura. Quiere decir que un clínico que conduce una situación operativa con proyecto no explícitamente terapéutico debe ajustarse, pese a la posibilidad de una alternativa contraria, a los límites que el encuadre del campo le marca, tratando solo de rescatar conceptualmente lo que está ocurriendo. Por momentos puede estar tan embretado entre lo que puede hacer legítimamente y la tentación de hacer algo no pertinente, que solo le queda el recurso de la relectura fuera de la situación y su devolución posterior.

Desde ya que Uds. Adverten que estamos hablando de nosotros mismos y de la conducción de la Asamblea. Este es un ejemplo donde el clínico

debe nuevamente desarticular la unidad de operación y crearse condiciones adecuadas para pensar.

Con esto entramos en un último tema: las estructuras de demora. Por estructuras de demora no entiendo un concepto meta-psicológico sino un concepto de operabilidad clínica. No obstante, la actitud sobre la que se va adquiriendo en el adiestramiento clínico donde se pasa del monólogo evaluativo a configurar e integrar la interlocución clínica, supone un proceso de internacionalización de un modelo o relación vincular asumido con la suficiente convicción fundante de una verdadera estructura endopsíquica que hace posible soportar sostenidamente los aspectos difíciles de un proceso clínico interpretándose lo pertinentemente.

Cuando algo soportar le asigno el significado de sostener, pertinente todo el tiempo que sea necesario, una determinada actitud de valdez. Estructura de demora significa la habilidad para demorarse reflexivamente sobre lo que está aconteciendo y advertir las condiciones características del campo y cual es su manejo pertinente, pudiendo así establecer endógenamente las normas del mismo.

Esto es lo que le permite advertir la singularidad y momento del proceso y las leyes en que encuadrará el mismo. Puede ser que la naturaleza del campo haga necesario configurar un encuadre donde el clínico y el sujeto clínico estén de entrada en una situación obligadamente asimétrica; pero donde el propio proceso planteado en términos de reciprocidad posible, va deshaciendo esta asimetría inicial. Esto es válido tanto para el vínculo docente-alumno, donde se nivelan finalmente los conocimientos y experiencias, como para el vínculo terapéutico, donde también debe haber finalmente una redistribución simétrica de la autonomía inicialmente lateralizada hacia el terapeuta.

Teórico Nº 3

Hasta ahora hemos desarrollado una información teórica relacionada predominantemente con una comprensión de las grandes líneas del método clínico, principalmente a partir de lo que consideramos la situación clínica y los dos elementos que componen el concepto de Interpretación: aptitud clínica, o sea la preparación para la acción, y la actitud clínica, o sea el manejo técnico de la operación.

En las clases anteriores nos hemos referido predominantemente al primer elemento, que compone el concepto de Interpretación, o sea el de lectura clínica. En esta oportunidad vamos a referirnos más a todo lo que configura la expresión o lo que fundamenta el proceder técnico, aptitud clínica, y lo vamos a hacer a través de lo que defino como las cinco condiciones de operancia o de eficiencia clínica.

A estas cinco condiciones las voy a llamar así: capacidad de predicción, actitud no normativa, capacidad de establecer relaciones inéditas, capacidad de definir el problema por lo positivo y coherencia entre teoría y práctica y en fin, el ser y el quehacer del clínico.

Si no se exagera la idea podemos a los fines didácticos, imaginar que estas cinco condiciones marcan el proceso de comprensión y aprendizaje que se da en un clínico, incluido en una determinada situación sobre, sobre la cronología de la unidad de operación: miren, piensen, hablen. En un polo de esta cronología figura predominantemente el registro evocativo de sentimientos y recuerdos (capacidad de organizar predictivamente la experiencia) y luego de un procesamiento de los datos del campo que permita identificar el hecho nuevo -lo singular- el otro polo define la propia identidad del clínico (coherencia teórico-práctica) como una persona suficientemente integrada como para presentar un mínimo de fracturas entre su ser y su quehacer.

Como suele ocurrir cuando se transmite una información clínica, quien transmite siente que es más fácil proceder clínicamente que decir, que transmitir conceptos clínicos. Es que cuando uno opera clínicamente uno está predominantemente en condiciones de observador del campo y cuando enseña clínica inevitablemente se coloca en condiciones de ser observado.

Por eso yo les voy a proponer, o al menos voy a destacar la posibilidad de que Udés. durante esta y otras clases y demás reuniones, en una actitud de



clínicos traten de ver en qué medida pueden ir aplicando a la experiencia, a las experiencias en general del campo docente que configuramos, los propios conceptos que explicaré. De cualquier manera después del desarrollo conceptual de cada una de estas cinco condiciones clínicas trataré de ejemplificar, sobre todo a través de la experiencia común que todos y yo tenemos en la cátedra.

Quisiera decir unas breves palabras en relación al origen de estas condiciones que resumen las características de un hombre de consejo de una comunidad. No de un psiquiatra, médico, sacerdote, magistrado, etc., sino simplemente de ese hombre de consejo que suele existir en algunos lugares, quizás en ámbitos menos sofisticados que los que nosotros estamos acostumbrados a frecuentar. De hecho ésa ha sido mi experiencia en cuanto a observar algunas personas que me han llamado la atención precisamente por el rol que cumplían como hombres de consejo, como hombre a quien se podía recurrir con confianza en busca de una solución. He procurado identificar algunas características de estas personas formulando las cinco condiciones y a partir de las mismas fundamentar no solamente un proceder clínico sino una manera de transmitir experiencia para el adiestrado de un psicólogo clínico.

Vamos a empezar por desarrollar la primera de estas condiciones: la capacidad de predicción. Si pensamos en este hombre de consejo, yo diría que la capacidad de predicción es la capacidad que pone este hombre para utilizar su experiencia. Predicción no configura una situación defensiva, no es lo mismo predicción que precaverse. No se trata de elaborar una estrategia defensiva para condicionar un campo, es todo lo contrario, se trata de organizar conscientemente nuestras expectativas acerca del campo donde nos vivimos a incluir, organizar las expectativas acerca de cuáles serán las condiciones y las demandas de dicho campo.

Desde ya que el organizar las expectativas tiene algo de organizar una estrategia en relación con lo que uno espera. En tal sentido intentar imaginarse cómo será ese campo responde a una ansiedad universal, la ansiedad frente a lo desconocido, básicamente frente al miedo al vacío y a los fantasmas que lo pueblan. Pero en la medida en que un clínico va incrementando su adiestramiento esta organización de sus expectativas va resultando menos una actitud defensiva, para incrementar su capacidad y su libertad de observar lúcida y de entrar a una situación.

Por otra parte se trata de utilizar instrumentalmente las expectativas, ya

que siempre existe tal organización espontánea, pero ocurre que cuando menos advertimos la organización de nuestras defensas frente a una situación en que nos vamos a incluir, más actuamos los roles complementarios a partir de los estímulos que provienen de ese campo; respondiendo con cierto automatismo reactivo a las condiciones del mismo.

Podríamos decir que existen dos niveles en esta organización de las expectativas, o en esta capacidad de predicción. Un nivel explícito, dado por la confrontación de lo esperado y lo encontrado y un nivel menos explícito que se da a partir del grado de registro que tengamos de nuestros sentimientos, en relación precisamente a esa confrontación.

De esta confrontación se obtienen las primeras noticias ciertas acerca de lo singular de la situación clínica en que nos incluimos: "el hecho nuevo". Este hecho nuevo no se da solamente en el primer contacto, se da por supuesto también en un proceso clínico de sucesivos contactos, en donde precisamente se puede advertir más sutilmente la configuración de los hechos nuevos. El registro del hecho nuevo permite superar rápidamente el momento de la lectura de la medida analógica, o sea de aquel momento en que se reconoce algo en base a una experiencia previa, en base a las características similares a otra situación anterior.

De cualquier manera este nivel explícito de confrontación entre lo esperado y lo encontrado contribuye no solo a un mayor rendimiento en cuanto al registro de lo manifiesto sino que favorece un mayor registro en otra área de especial trascendencia en el trabajo clínico: el área de los propios sentimientos del clínico; aquello que los mejores clínicos llamaban la "intuición clínica" o "el ojo clínico", y que el psicoanálisis ha profundizado y esclarecido en el capítulo de contratransferencia. Es precisamente en este nivel afectivo donde se juega en gran medida la eficacia clínica, no solo la eficacia en la lectura diagnóstica sino en la operación clínica.

Decía que el psicoanálisis ha esclarecido esto en el capítulo de contratransferencia y precisamente uno de los aportes al esclarecimiento de la situación vincular del clínico y su objeto es lo que se conoce como contratransferencia proyectiva, que resulta ser algo así como la patología de la contratransferencia. Es el momento en que el operador deja de tener registro lúcido de sus afectos de "me gusta" o "no me gusta" de esta situación, deja de pensar y extraer noticias de por qué le gusta o no le gusta y en cambio impulsado por ese afecto lo actúa a través de la asunción de un rol complemen-

tarlo de una determinada actitud que tiende a alterar su identidad y su papel clínico.

Este rol complementario puede ser asumido como reacción frente a alguna característica del objeto clínico, del campo clínico; entonces el operador contribuirá a estereotipar "una situación vieja" a partir de esta característica frente a la que reacciona. Por ejemplo, un paciente con una dependencia rebelde, tipo adolescente, condicionará con alguna facilidad una actitud paternalista autoritaria en un clínico no adiestrado. Otras veces la "situación vieja" estará condicionada principalmente por la experiencia del operador que no alcanza a advertir lo singular del campo y tiende a estandarizar su comprensión, es decir que basa su comprensión y comportamiento principalmente en la connotación evocativa de experiencias similares más que en las de situaciones singulares de ese campo. Por ejemplo para ese operador clínico todos los estudiantes de psicología clínica serán iguales aunque hayan pasado ya varias generaciones de estudiantes y las condiciones sean otras.

Sintetizando, la organización lúdica de las expectativas en base a las noticias previas que se tienen acerca de un campo y a la experiencia del clínico al favorecer en éste una explícita confrontación entre lo esperado y lo encontrado, le permite en un nivel manifiesto, advertir rápidamente lo singular de ese campo.

En el nivel de los afectos favorece lo que llamamos la intuición clínica, haciéndole posible pensar acerca de los propios sentimientos y no actuar los mismo. Todo esto contribuye al establecimiento y reconocimiento del hecho nuevo.

Voy a ejemplificar acerca de cómo se puede, en función de la organización de las expectativas, reconocer o encubrir un hecho nuevo. Por ejemplo, Uds. recuerdan que en la Asamblea pasada surgió el siguiente emergente: los alumnos reclamaban "más conocimiento y menos señalamientos". Esta demanda básicamente legítima en cuanto a conocimientos suficientes, enfatiza el vínculo tradicional de la clase magistral, el vínculo docente-alumno donde se formula una comunicación o se establece una comunicación en base exclusivamente a poder adquirir conocimiento mediante el suministro de información. Pero ocurre que nosotros nos proponemos utilizar otros elementos además de la información teórica para la adquisición de conocimientos. Nos proponemos estructurar un campo clínico donde poder utilizar clínicamente los recursos que ofrece en el ámbito que compartimos docentes y alumnos.

30

Este es uno de los propósitos expresados a través del funcionamiento de la cátedra, principalmente a través del Grupo Grande, donde tratamos de ver y resolver las posibles falsificaciones que se den en ese campo. Por ejemplo, en la última Asamblea yo aludía al sentimiento de estafa que podían tener algunos alumnos y las implicaciones de este sentimiento tanto en mí como en ustedes. Esta actitud docente de dilucidar en el propio campo, de no encubrir cualquier sentimiento de falsificación sino por el contrario esclarecerlo y además utilizarlo como oportunidad de aclestamiento, configura lo singular del campo, es decir lo singular de una actitud docente diferente al tradicional vínculo docente - alumno, centrado únicamente en la información. Bien, la explicitación de este sentimiento de falsificación, la palabra estafa, no fue advertida por muchos como algo que denota la intención de utilizar todos los recursos del campo para favorecer el conocimiento clínico, sino que más bien fue advertida en connotación evocativa de "se nos está interpretando" e incluso pudo ser también leída por alguno de ustedes como "el profesor está hecho pomada", o tal vez como una suerte de confesión contra transferencial, lo que se conoce en clínica como confesión, no como utilización sino como confesión contra transferencial.

En la medida en que ustedes organicen sus expectativas acerca de lo que nos proponemos, de que nos proponemos utilizar legítimamente la experiencia docente como una finalidad de capacitación clínica, estarán en condiciones de advertir no solo que algo les gusta o no les gusta sino que estarán en condiciones de advertir por qué les gusta o no les gusta algo. Esto es un pre-requisito para no actuar simplemente ese sentimiento sino para aportar esclarecimientos y soluciones, es más, les va a permitir también regular eficazmente nuestro proceder.

¿Qué es lo que ilustra entonces este ejemplo? Este ejemplo ilustra la confrontación entre expectativas docentes tradicionales, por un lado, y el intento de conducir clínicamente el proceso docente, por otro. En la medida en que los docentes actúen con sentido clínico; incluyendo adecuadamente sus propios registros afectivos como soporte de la intención de establecer como pre-requisito clínico, la veracidad y la integración de todos los niveles del campo se crean una confrontación entre la organización tradicional de las expectativas docente - alumno y "lo nuevo", reconocido como un hecho singular y no como desviación determinante del proceso de capacitación.

Si llegamos a legitimar este proceder, ustedes van a tener expectativas

31

que no nos van a permitir a nosotros, ni aun sin advertirlo, falsificar el campo.

Vamos ahora a la segunda condición de eficacia clínica: la actitud no normativa. En realidad no se puede diferenciar nítidamente toda lo visto acerca de la organización predictiva de las expectativas y lo que quiero definir como actitud no normativa. En efecto, si estamos en mejores condiciones para no asumir roles complementarios que refuerzan un campo estereotipado, será menor la acción normativa con que contribuimos a dicha estereotipación. Actitud no normativa es saber escuchar. Es por su actitud no normativa que un hombre de consejo es consultado, es porque sabe escuchar. Es dejarse penetrar por los datos del campo, permitiendo que se movilicen nuestras evocaciones y recuerdos, es decir nuestros sentimientos, nuestras ideas, antes de cristalizar prematuramente un diagnóstico. Consiste precisamente en eso, en crear condiciones para integrar la mayor cantidad posible de datos sin suprimir groseramente parte de ellos. Tanto los datos que provienen del campo como los datos que provienen de nuestra propia persona. En tal sentido es una actitud evidentemente clínica de integración. Esta actitud tiene que ver con las condiciones fundamentales que desde el punto de vista del psicoanálisis contribuyen a crear una situación psicoanalítica: la atención flotante por parte del operador y la posibilidad de la asociación libre por parte del analizado. Y ya que menciono una perspectiva psicoanalítica, podemos agregar un comentario acerca de la calidad curativa de dicha actitud no normativa. Lo normativo está fuertemente ligado con el concepto de súper-yo: En un proceso terapéutico psicoanalítico uno de los puntos nodales del conflicto neurótico está precisamente centrado en la calidad represiva de la instancia superyoica.

Una actitud normativa que tendiera a definir los emergentes que se dan en una situación clínica en términos éticos de bien o mal, sin desentrañar el sentido de tal valoración, contribuiría a reforzar el establecimiento de una instancia superyoica buena o mala, pero de carácter arcaico, o sea de carácter estereotipado, algo así como cuando los padres o sus representantes sociales al no favorecer condiciones de aprendizaje de la realidad en sus hijos, no favorecen la adecuada organización y oica, sino que la debilitan con la inoculación histórica de su propia relación superyoica. Ocurre algo distinto cuando la organización superyoica es menos inoculación histórica y más procesamiento de la realidad actual.

Me he detenido en estas breves consideraciones para ubicar mejor la idea de actitud no normativa, sobre todo en relación a la posibilidad o no de

una neutralidad por parte del clínico. En realidad nunca existe tal neutralidad, no existe ni desde el punto de vista ideológico ni desde el punto de vista del esquema científico que se maneja. Por eso no debe confundirse el concepto de actitud no normativa con una pretendida neutralidad. Se trata en cambio de la posibilidad técnica de no entorpecer un proceso de aprendizaje cristalizando dialécticamente dicho proceso, con una comprensión precoz o parcial o con una actitud restrictiva, censora. Constituye el intento de ir estableciendo la mayor claridad posible acerca de las contradicciones que el propio campo va presentando. Este es el pre-requisito para favorecer el pasaje de la estereotipia dialéctica al establecimiento dialéctico.

El registro de las contradicciones que se van dando dentro de un proceso clínico, proceso al fin de aprendizaje, nos permitirá luego pasar a la tercera condición de eficacia, o sea la posibilidad de establecer relaciones sólidas dentro del material. Pero antes quisiera decir algo más de la actitud no normativa. Esta actitud debe entenderse precisamente como tal, como una actitud. No quiero decir que no deban existir normas en un campo clínico sino que dichas normas deben surgir del reconocimiento de los elementos que componen el encuadre clínico. Sintéticamente configuran un encuadre clínico los siguientes elementos: las condiciones materiales del campo, el proyecto dado en ese campo, la metodología y técnica con que se lo conduce y el estilo personal de quienes lo integran. Las condiciones materiales del campo y el proyecto del mismo, conducidos desde una metodología y técnica clínica establecen cuál es el que hacer pertinente en este campo y cuál no lo es.

Es a partir de lo pertinente que surgen en cada momento del proceso un repertorio normativo que encuadra la tarea, pero estas normas en cierto sentido son endógenas al campo y están en relación con lo singular del mismo y en momentos determinados del proceso. El establecimiento pertinente de estas normas es lo que hace posible la llamada actitud no normativa del clínico. El carácter pertinente y endógeno de las normas singulares no estandarizadas de un campo clínico y la actitud no normativa tal como aquí ha sido definida, configuran otro de los elementos básicos del proceder del psicólogo clínico, que llamaré la **reciprocidad posible**. Quiero decir esto que en un vínculo clínico, definido como campo de aprendizaje, el punto de partida configura de hecho una situación asimétrica en cuanto a la distribución de roles y responsabilidades. Pero este punto de partida no significa punto de llegada asimétrico, donde simplemente alguien da y alguien recibe.

Esto es especialmente visible en un campo de adiestramiento clínico, donde si bien la relación se da de entrada entre un clínico de experiencia y quienes recién se inician, en la medida que dicho adiestramiento se da en condiciones promotoras de la autonomía del proyecto y del estilo personal de quienes están formándose, lo que comienza como un suministro asimétrico termina configurando reciprocidad entre identidades diferentes. Algunos ejemplos pueden contribuir a ilustrar tanto el establecimiento de normas clínicas como la actitud no normativa.

La propuesta de la cátedra, por ejemplo, de discutir acerca de la organización de aspectos tales como seminarios, horarios, etc., permitieron recoger un conjunto de informaciones sobre las necesidades de los alumnos y de las condiciones materiales en que pueden atenderse dichas necesidades. A partir del momento en que el escalón docente cuenta con la certeza de disponer de suficiente información, asume la responsabilidad de organizar normativamente la situación. No hacerlo así sería correr el riesgo de prolongar indefinidamente un peligro de desorganización. Sería un error clínico tomar como punto de partida una organización exógena al campo sin un examen del mismo, como hubiera sido un error más grave aun definir los reclamos de los alumnos solicitando, por ejemplo, más y más seminarios o más y más horarios, como vibración de conocimientos o como actitud quejosa. Pero a partir del establecimiento legítimo de normas que atiendan las demandas y las posibilidades si se estará en condiciones de evaluar el comportamiento de docentes y de alumnos más en relación con niveles, tales como estructuras de personalidad.

Sin embargo aquí se presenta un aspecto importante en relación al campo clínico y lo normativo. En efecto, si consideramos las condiciones materiales del campo en que funciona la cátedra (falta de espacio, falta de horarios, falta de lugares suficientes para adiestrar clínicamente a una gran cantidad de alumnos, escaso tiempo de tres meses para el adiestramiento, etc.) más el proyecto, o sea el adiestramiento clínico, más el esquema referencial científico, más el "estilo personal" de la cátedra expresado en la enunciación de propósitos y en el tipo de organización dada, veremos que todo esto configura un límite o techo en cuanto al grado de adiestramiento que puede esperarse durante el cuatrimestre. Esto configura de hecho una situación normativa que falsificaría el campo, si no fuera precisamente que esta limitación, al quedar muy explícita, le da a este cuatrimestre el sentido de una etapa

y no de un proceso completo en la formación de quienes pasan por el mismo. Esta etapa sí debe garantizar la adquisición de una adecuada "actitud clínica" que, unida a la información que alcancemos a suministrar y a la que ya tienen los alumnos, les permita consolidar un buen punto de partida en la formación.

Me he detenido en este ejemplo como pasó previo para considerar otra situación que sí muestra la utilización arbitraria de lo normativo. Esto ocurre con harta frecuencia en el campo asistencial, donde no solo las condiciones materiales sumamente precarias están determinadas principalmente desde afuera (falta de planificación, falta de presupuesto, falta de capacitación) sino que estas condiciones negativas terminan condicionando en general actitudes no clínicas sino simplemente administrativas de la pobreza de recursos. Desde el comienzo mismo del proceso clínico, desde el diagnóstico y las estrategias terapéuticas se está determinando, normativamente el tipo y grado del conflicto patológico que un paciente puede transitar últimamente por un tratamiento y qué cosas deben ser suprimidas por el mismo paciente. Así, por ejemplo, un paciente que fuera del hospital evaluaría su protesta frente a su empleador como legítima, en tanto que identifica al psicólogo o al psiquiatra como parte del aparato social represivo, tenderá a aceptar dicha protesta como enfermedad. Puede darse el caso, de hecho muy frecuente, de que este paciente suprima tantos aspectos sanos y conflictivos de su personalidad, para poder ser atendido, que finalmente lo que recibe es solo la atención de su expectativa de ser atendido y no una real ayuda. Esto configura un ejemplo más flagrante de falsificación de un campo clínico, a través de una organización normativa represiva. Pero en la práctica, tanto pública como privada, existen otros ejemplos de deformaciones normativas más enmascaradas por consignas y seudovaloraciones científicas, y esto ocurre tanto en la formación de clínicos como en el ejercicio de la clínica.

Veamos ahora la tercera condición de eficacia: la capacidad de establecer relaciones insólitas entre diferentes aspectos del discurso de una persona o de varias, o entre aspectos del discurso verbal y del dramático (el paraverbal), o entre aspectos del texto y del contexto clínico. Puede pensarse también que esta condición lleva al clínico a establecer relaciones insólitas en el orden interpersonal, ya que la capacidad que tiene un clínico de comunicarse con un interlocutable: por ejemplo, un artista, entra en el área de las relaciones insólitas. En síntesis, es la posibilidad de encontrar una apertura, una salida dentro de una situación donde aparentemente el o los sujetos no encuentran

salida. Es decir que la capacidad de establecer relaciones entre aspectos contradictorios, incluso excluyentes, de un campo configura en cuanto integración una tarea esencialmente clínica.

Podría definirse el proceder clínico como la búsqueda de un repertorio de contradicciones que surgen como obstáculos a resolver. Es precisamente esta confrontación de opuestos, lo que transforma o lo que posibilita la transformación de los obstáculos en descubrimientos. Se puede establecer diferentes áreas en el registro de estas contradicciones: la primera sería las contradicciones en el discurso hablado, es decir, que en el discurso de cualquier persona que demanda ayuda psicológica siempre existen diferentes grados de contradicción que pueden llegar a configurar desde flagrantes mentiras a desajustes de diferentes grados ignorados en general por el sujeto.

Recuerdo el caso de una profesora que quería analizarse. Quería romper su vínculo dependiente con su madre. Pretendía analizarse explícitamente a partir de esa dificultad. Pero, a pesar de que contaba con medios económicos, decía que no se iba a analizar si su madre no le pagaba el análisis. Conceptualmente estas contradicciones son tales en tanto son informaciones que provienen de núcleos diferentes del yo de quien habla, de situaciones endopsíquicas diferentes. Unas provienen de lo que podría ser la fantasía de conflicto y otras provienen de lo que es la fantasía de solución. Cuanto más disociados están estos dos aspectos, más grande es la contradicción. Pero si este sujeto no tiene salida, porque no alcanza a relacionar una cosa con otra.

El ejemplo que he mencionado es bastante ilustrativo; yo diría dramáticamente ilustrativo. La situación se esclareció tiempo después. Esta paciente comenzó su tratamiento y al poco tiempo trajo una gran preocupación por su madre y un sentimiento de fracaso. Había comenzado su tratamiento con una especie de situación transaccional; la madre pagaría una parte del tratamiento y ella pagaría el resto. El sentimiento de fracaso parecía estar en relación con esto. Tiempo después la madre se suicidó y quedó bastante claro entonces, aunque tarde, la fantasía de este paciente no era tanto resolver el ligamen de dependencia con su madre, cosa que existía, sino reforzar precisamente un ligamen de dependencia que sentía como un objetivo de vida para su madre que había entrado en un proceso melancólico presente.

Entonces el que este paciente quisiera analizarse para resolver la dependencia con su madre y, simultáneamente, pretendiera que su madre se hiciera cargo del tratamiento, encubría en realidad, bajo esa aparente contra-

dicción, el deseo de que esta madre solitaria teniendo un hijo de quien ocuparse, y en consecuencia seguiría viviendo, unido al propio deseo de superarse de un vínculo tan mortal.

Hay otro ejemplo bastante típico que yo podría incluir en esto de las relaciones insólitas. Ocurrió que muchas veces puede admitirse una relación clara entre el discurso que está diciendo alguien y una actitud de acomodación física que adopta en un momento dado esta persona, ya sea frente a un comentario que recibe del clínico o frente a un pasaje de su propio discurso. Lo que se advierte cuando se observa con cierta atención es que esta persona adopta actitudes de acomodación postural o algún otro tipo de acomodación; por ejemplo, encender en un momento determinado un cigarrillo cuando existe cierta contradicción incómoda en sus dichos o hechos. Así recuerdo el ejemplo de un hombre que trabaja en un equipo científico, era un hombre clave de quien dependía mucho la eficacia de este equipo. Yo tenía a mi cargo un trabajo grupal con este equipo, que estaba muy preocupado por su rendimiento y observé precisamente que esta persona, que era el teórico del grupo, cada vez que se le presentaba un obstáculo epistemológico, algo que no sabía cómo resolver, encendía un cigarrillo, según decía para poder pensar.

Un análisis fino de la situación mostraba que este hombre que se sentía frustrado frente a un obstáculo epistemológico al que no podía transformar en descubrimiento, compensaba la probable reactivación de su frustración oral con un cigarrillo. Esta era su técnica de rodeo; era un perito en ir rodeando los obstáculos, sin ningún abordaje real y por consiguiente ningún descubrimiento. Esto fue muy bien analizado, este hombre por supuesto no dejó de fumar sino que empezó a advertir ciertos indicadores en su conducta que permitió establecer relaciones insólitas entre un comportamiento automático y una dificultad para resolver una situación especial en su tarea.

Otro ejemplo más o menos clásico es el de la madre que consulta porque su hijo pequeño no tiene un buen rendimiento en la escuela y ella misma se acusa de ser muy exigente acerca del rendimiento de su hijo. Esta madre suele adelantar que tiene gran expectativa acerca de la ayuda que va a recibir del psicólogo, sin embargo no le deja hablar ni facilita su comprensión. A veces resulta fácil demostrarle precisamente que ese es el comportamiento que tiene con su hijo; de quien espera mucho, pero a quien perturba constantemente. Esta contradicción en general enuncia su deseo de ayudar al hijo en el modo asumido de una propia madre sobreexigente.

Quizás el ejemplo más notorio, incluso un ejemplo señalado en un momento dado durante el funcionamiento de una Asamblea, el ejemplo de la queja. En el campo clínico y también en otros campos es muy frecuente que alguien adopte precisamente una actitud de queja. Hay que diferenciar la queja de la protesta. La protesta es una organización nítida de una demanda impulsada con mayor o menor vigor, en cambio en la queja el quejoso se enmascara de víctima, se enmascara de alguien que está necesitado de un suministro, pero en realidad este enmascaramiento lo que encubre es un victimario, alguien que destruye toda posibilidad de recibir un suministro.

Esta es una actitud observada con mucha frecuencia en el campo psicopatológico y encubre generalmente un comportamiento melancólico que muestra precisamente a través de la actitud destructiva la propia génesis de la situación de carencia que está sufriendo quien se queja. Se podría, pues, establecer muchas otras situaciones de contradicción, pero en síntesis se trata de la habilidad que tiene un clínico que en función de una actitud no normativa y una actitud de no enmascaramiento del campo está en condiciones de establecer aperturas no tanto agrupando datos que podrían configurar un intento positivo de salida sino precisamente haciendo lo contrario: enfrentando a aquellas cosas que representan flagrantes o diferentes grados de contradicción y tratando de desentrañar el sentido de los mismos.

Veamos ahora la cuarta condición de eficacia: la capacidad de transformar en positivo las definiciones negativas del campo, o sea la capacidad de definir por lo positivo el problema. Esta condición tiene diferentes sentidos. En líneas generales podría decirse que se trata de no definir un diagnóstico por descarte, por lo que no es, sino por lo que es. Ilustra esta situación el determinar si la persona que nos consulta frente a un cambio, por ejemplo frente a un cambio de empleo, frente a un cambio de país, realmente está yendo a ese nuevo empleo o país o si está escabullendo la situación. Resulta indispensable identificar esta ubicación del conflicto si se quiere ayudar a alguien a tomar una decisión que le permita saber cuál es el próximo paso con respecto al problema sobre el que nos consulta.

Pero en líneas más generales la posibilidad de definir o hacer definiciones por lo positivo significa advertir aún en el comportamiento más sintomático cuál es el intento de salida que hay en este comportamiento negativo. Todo comportamiento o síntoma, toda conducta, aun la conducta enferma, implica básicamente un intento de salida, desde ya un intento antieconómico, un

intento deteriorante para el propio sujeto. Una actitud no peyorativa frente a la enfermedad le permite al psicólogo el integrar por ejemplo el porqué histórico-genético con el para qué finalista de un comportamiento. El porqué histórico puede estar precisamente dando la raíz de la distorsión de ese comportamiento, el fracaso de ese comportamiento, pero el para qué finalista implica el secreto proyecto de solución de la situación que enfrenta.

Sintéticamente definición por lo positivo se refiere tanto a no hacer diagnóstico por descarte, por lo que no es sino por lo que es, como a poder entender y poder extraer de todo comportamiento sintomático negativo cuál es el proyecto que encubre, el proyecto de solución. Esto no es poca cosa, no existe ninguna posibilidad realmente de resolver una determinada situación problemática si no tomamos en cuenta prioritariamente el aporte del proyecto de solución que siempre presentan quienes nos consultan.

Por ejemplo hemos tenido antes el problema de la queja. La queja es en sí un comportamiento sintomático, en general de naturaleza melancólica, pero sería un error clínico no advertir que esta calidad quejosa, aun en su carácter destructivo, encierra además la existencia de un dolor y la demanda de un suministro. Un buen proceder clínico no solo no asumiría un rol complementario culposo o mortificado frente a la queja sino que desglosaría la demanda real de la incapacidad del quejoso de recibir suministro.

Finalmente vamos a ver la quinta y última condición de eficacia clínica: la coherencia entre teoría y práctica. El examen de esta condición puede ser abordado desde dos puntos de vista, el primero se refiere precisamente, como su título lo define, a la coherencia o fracturas que existen entre la práctica clínica y el esquema teórico que lo sustenta. Desde ya que esto puede tener desde fracturas gruesas, en aquellas prácticas clínicas que no están sustentadas desde ningún esquema científico válido, hasta situaciones tal vez menos visibles pero más frecuentes, dadas en aquellas situaciones donde el clínico se dedica a practicar una suerte de collage teórico y donde esta práctica significa no una lectura, no una valoración real del campo sino la sobrepresión sobre el mismo de tal o cual diseño teórico previo. Una verdadera deformación del campo.

Hemos formulado ya varias veces que en realidad no se trata de practicar una teoría sino de conceptualizar una práctica. Es precisamente a partir de esta conceptualización de la práctica donde luego se puede llegar a teorizar dentro de universales científicos nuestra práctica.

Aunque parece un absurdo, he escuchado, no hace mucho, el comentario de un psiquiatra joven que decía estar supervisando su práctica clínica en un programa acordado con un psiquiatra de mayor experiencia, donde se proponían supervisar a un paciente durante varios años, haciéndolo sucesivamente a la manera de diferentes autores según un plan ya establecido. Supongo que algo así como examinar a este paciente primero a la manera de Freud, luego a la manera de Melanie Klein, a la manera de Sullivan, a la manera de etc. Esto fue un comentario seriamente hecho por este joven psiquiatra, realmente más que un paciente parecía los capítulos de un libro. Este sería el primer nivel, el primer ángulo de vista con respecto a la coherencia entre teoría y práctica, pero también existe otra manera de considerar este problema y es verlo desde la coherencia que existe entre lo que se es y lo que se hace, entre lo que es este psicólogo clínico y lo que hace este psicólogo clínico. Y yo diría que esto es tanto válido para el campo concreto de su trabajo como para el de su vida en general. Podría decirse, por ejemplo, que cuanto mayor sea la integración entre las representaciones ideológicas del operador con lo que está haciendo, mejores condiciones estará de no ocultar y poder resolver estas contradicciones de su práctica.

En este sentido podríamos advertir si hacemos un rápido pasaje por las cuatro condiciones de eficacia clínica que hemos definido que un buen psicólogo clínico con una capacidad de organizar su experiencia y con una actitud no normativa podrá advertir no solamente las contradicciones, aquello que hemos llamado las relaciones insólitas del campo, sino que podrá advertir sus propias contradicciones, ya sea en relación con el campo clínico o sus propias contradicciones internas; vale decir que estará en buenas condiciones de no asumir actitudes dogmáticas o sectarias sino por el contrario procesando en sabiduría su experiencia.

Precisamente este procesamiento de experiencia en sabiduría clínica es también sabiduría de vida, lo que le permitirá sostener adecuadamente sus certidumbres, es decir, definir las cosas por lo que son. Puede decirse que el resultado de esta actitud, que permite a un clínico definir las cosas por lo que son, estará resumido en una hermosa frase de J. L. Barrauld, que dice: "un oficio es una manera de vivir".

Claro que si yo debo migraritud en cuanto a haber conceptualizado estas cinco condiciones de eficacia clínica, no precisamente a los hombres del oficio

sino a lo que he llamado los hombre de consejo, que no son ni psicólogos, ni médicos, ni magistrados, ni maestros sino que son simplemente hombre sabios, hombres de consejo; podría también recordar un verso de León Felipe: "no sabiendo los oficios los haremos con respeto; para enterrar a los muertos cualquiera sirve, cualquiera menos un sepulturero".

El sentido de "no sabiendo los oficios" no impide que la psicología clínica no lo sea, se refiere más a no oficiar, a no actuar ritualmente, no desglosar el rol de psicólogo de la vida real. De ahí la frase de J. L. Barrauld.

CENTRO DE FOTOCOPIADO

Punto Dos

Tel: 400 18 64

TRISTAN NARVAJA 1678

Teórico N.º 8

Doctor Fernando Ulloa

LA CONSULTA PSICOLÓGICA

Voy a tratar acerca de lo que constituye la primera de las seis clásicas operaciones clínicas: la consulta.

El tratamiento que daré al tema estará básicamente enmarcado en la información teórica que sobre método clínico hemos suministrado hasta el momento. También trataré de ejemplificar algunos aspectos de consulta psicológica a partir de experiencias habidas en el funcionamiento de la cátedra. Dado que ustedes tienen visto en un gran número de materias el tema entrevista psicológica, diagnóstico, operativa, etc., no me detendré sobre ésta, si bien es cierto que no me resulta fácil establecer una nítida diferencia entre el concepto entrevista y el de consulta psicológica, centrada también en la mirada clínica.

No obstante la idea de consulta tiene una connotación más próxima a pregunta a interrogante. En efecto toda consulta supone la búsqueda de una respuesta en alguien para quien sus sistema habitual de respuesta ha dejado de ser eficaz. Una consulta no supone necesariamente una pregunta explícita y frecuentemente no son las preguntas manifiestas las que expresan el interrogante básico. En general es el propio consultor el que se plantea las preguntas prioritarias, ¿qué le pasa a esta persona?, ¿por qué viene a mí?, ¿qué necesita?, ¿qué le puedo ofrecer? Es que quien consulta psicológicamente es alguien que tiene resentida incluso su propia capacidad de interrogarse (no se reconoce), no está suficientemente enterado acerca de sí mismo. Su identidad está alterada. Frecuentemente podrá decir cosas similares a "mi existencia a perdido sentido". Esto es fundamentalmente una consulta psicológica, resta ofrecer el sentido en una situación humana que lo ha perdido. Pero, ¿restablecerlo desde dónde? Desde la mirada clínica.

De esto vamos a hablar hoy dentro de este curso donde semana a

semana tratamos como primer objetivo capacitarlos para poder asumir una actividad clínica, es decir para estar en condiciones de demorar una mirada reflexiva no reductora sobre sí mismos y sobre el otro, advirtiendo no solo lo que entra dentro del receptáculo conceptual previo que se maneja sino también aquello que lo rebalsa lo singular, lo nuevo.

Es a partir de lo percibido en todas las regiones del vínculo con el otro que se advierten nuevas relaciones entre lo visible y lo invisible, como correlato de lo dicho y lo callado.

En clínica es en el ámbito fantástico entre el saber y el sentir (quizá sufrir) donde comienza a ampliarse o a reducirse el discurso del clínico; discurso que configura una alianza inteligente entre el ver y el comentar (co-comentar entre dos). Entonces la mirada no es reductora sino punto de partida fundamental de la interlocución clínica.

Como diría Foucault: "la estructura hablada de lo percibido".

Vamos a tratar de revertir todo esto sobre un material clínico conocido por todos nosotros. Si bien es verdad que una reunión tal como la asamblea del último sábado no constituye estrictamente una consulta psicológica, es también cierto que el proceso de la misma nos permitirá ilustrar aspectos fundamentales del tema que estamos tratando.

De acuerdo al último emergente de la reunión anterior a la que vamos a considerar, yo había organizado mis expectativas previendo que se discutiera acerca de la futura formación clínico de los alumnos. Las opciones apuntaban dos líneas: énfasis en la formación conceptual y énfasis en la capacitación clínica para atender las necesidades populares.

La devolución se centró acerca de las dificultades que tenían los alumnos para asumir responsablemente el estudio de la materia clínica a partir de los obstáculos que interfería institucionalmente el logro de una identidad como psicólogos previas carencias teóricas durante la carrera para abordar el estudio clínico, más la inexistencia de una práctica clínica organizada dentro de la materia, además de la conducción clínica que aquí intentamos y que enlazará la actual organización de todo personal clínico con la futura práctica de postgrado.

La respuesta inicial sostenida a lo largo de toda la reunión giró en torno a las dificultades con el sistema de evaluación que se había propuesto un rato antes, durante las comisiones de trabajos. Al parecer no se tomaba explícitamente en cuenta la devolución. Sintéticamente podemos resumir el desarrollo

de la reunión en varias series de emergentes contradictorios, más o menos sucesivos.

SERIE DE LAS CONTRADICCIONES FLAGRANTES:

Los alumnos señalan con razón la contradicción entre el concepto que manejamos acerca del encuadre clínico, donde se establecen las normas de dicho encuadre endógenamente, es decir desde el mismo campo, y el haber impuesto una norma de evaluación exógenamente, escribir una monografía sin discutirla en la asamblea. Además, en la devolución previa se había enfatizado las dificultades que la falta de identidad como psicólogo les creaba para asumir responsablemente las tareas de la cátedra: estudiar, concurrir a clases, teóricas; no falsificar asistencias a prácticas y seminarios, es lo que proponíamos; como solución examinar y resolver esta dificultad desde la conducción clínica como "gestión personal donde se da la cara".

Pero en la práctica la evaluación mediante una monografía escrita toma el carácter de un control impersonal (no cara a cara) contrario al criterio sustentado de diálogo clínico. Los alumnos proponen en cambio el coloquio clínico como evaluación.

Los diferentes esclarecimientos que se fueron estableciendo a partir del examen de estas contradicciones no hacían posible que se superara el tema evaluación y se llegara a tomar una decisión, si bien se reconocía que los aportes de los alumnos en general demostraban una adecuada asimilación de conceptos clínicos, lo cual de por sí constituía una evaluación positiva.

SERIE DE LOS DUELOS:

En esta etapa se intentaron explicaciones que giraron en torno a experiencia finales de separación, a pérdidas, es decir al tema de los duelos. Surgían algunos hechos de reconocimiento por la tarea realizada, pero era obvio que no se hacía fácil un franco reconocimiento (conocer con gratitud) frente a un clima latente de resentimiento (sentir con hostilidad) que yo manifesté advertir como "clínico viejo", al decir que hablar con gratitud prematuramente era verse amenazado por el riesgo de que se demostrara la

hostilidad aún latente. Mi aporte mereció el comentario halagüeño de que yo "lo advertía por clínico y no por viejo".

El clima de duelo era real y prevenir estar sostenido más por lo callado que por lo dicho. Se intentaron explicaciones tales como el que la separación era difícil porque se pedía algo realizado en condiciones mediocres, o porque se perdía algo que recién comenzaba.

SERIE DE ABURRIMIENTO:

Algunos docentes expresamos nuestra opinión de que el sentimiento prevalente que iba surgiendo en la asamblea era el aburrimiento, no obstante reconocer que el funcionamiento era positivo.

No se podía abandonar el tema de la evaluación y el "tono administrativo" por momentos recordaba una asamblea anterior donde también nos demorábamos administrativamente en horarios y distribución de los seminarios. Era claro que este sentimiento, sin duda un dato importante, era expresión de que no encontrábamos aún el sentido a la situación.

SERIE DE LAS PROPUESTAS DRAMÁTICAS:

Esta serie se inicia paradójicamente cuando los alumnos y docentes aceptan la necesidad formal de una evaluación formal, dado que ésta es la tradición establecida. Fue entonces que un ayudante de la cátedra propuso: "Qué pasa si no se hace nada", ninguna evaluación. La dinamización fue repentina. La formulación parecía ingenua e incluso impropia por contradictoria con lo establecido formalmente acerca de la necesidad académica de evaluación. Pero ahí radicaba su carácter renovador. No tenía sentido intentar organizar nuevas formas de capacitación y funcionamiento como el que supone la asamblea, conducción clínica, contacto y participación personal, etc., y proponer una formalidad tradicional que como estudiantes no medía confiablemente la capacidad adquirida y como trabajo clínico que va a ser evaluado resultaba aún prematuro.

No hacer nada formal y prematuro significa la intención de continuar haciendo lo que intentamos hacer y lo que estamos haciendo. Se empezaba

a encontrar el sentido perdido. Es aquí donde se me hace claro proponer otra alternativa que, un tanto indefinidamente, ya figuraba en mis expectativas iniciales acerca de discutir el futuro inmediato de alumnos y cátedra. "Qué pasa si en lugar de aceptar que el próximo curso sea anual y no cuatrimestral, transformamos ya este curso en anual". La respuesta fue de mayor alivio aun en unos y de cautela en otros, en especial en los docentes; un diálogo dado en ese momento lo ilustra: "Hay que saber decir basta", la respuesta fue "Basta a la Información Insuficiente".

Era el final de la asamblea y, más allá de las opiniones encontradas que al parecer mereció la propuesta (para unos utópica y demagógica, para otros, entre los que me cuento, realista y practicable); era claro que nos estábamos aproximando a encontrar el sentido perdido a través de haber transcurrido, mirado detenidamente y comentado diferentes series de contradicciones manifiestas: arbitrariedades técnicas, afectos de reconocimiento y resentimiento contradictorios, funcionamiento positivo y sentimiento de aburrimiento y, finalmente, intentar una ruptura radical de obstáculos. Terminó la asamblea a la hora prevista.

Al salir algunos docentes mostraron descontento, aunque claro el motivo. Yo también estaba preocupado, aunque no dudaba de que la propuesta final era correcta y nueva. Después me enteré por un ayudante que una alumna de la cátedra había muerto. El rumor o fantasía era de suicidio. Yo ignoraba totalmente esto durante la asamblea, pero no lo ignoraban muchos alumnos y algunos docentes. Me llamó la atención que durante la asamblea hice dos claras alusiones al asunto; una cuando, hablando de la necesidad de elaborar los fracasos afectiva y conceptualmente, mencioné como ejemplo el suicidio de alguien a nuestro cuidado clínico. Dije que no elaborar profundamente un hecho así era exponerse a adquirir un punto ciego y un déficit que funcionarían como evitación traumática cada vez que se enfrentaran evocaciones similares. Elaborarlo, en cambio, hacía más posible adquirir una señal clínica de alarma.

También ayudé a la evaluación final vivenciada como "Acta de defunción". Nadie en la asamblea relacionó explícitamente mis comentarios con lo que muchos sabían que había ocurrido. No es de ninguna manera antesgado pensar que aquí nos encontramos con otra posible lectura del funcionamiento de la asamblea tanto en relación a la reiteración circular del tema evaluación como con el registro del aburrimiento como expresión de frustración. Quizás el

diálogo último entre dos docentes ilustra la situación. "Hay que saber decir basta" como encarnación de la muerte frente a la intención de vida contenida en "Basta de sufrir. Información Insuficientes", "Prolongamos el cuatrimestre". Pero el conflicto seguía contenido en la preocupación con que nos fulmos.

El análisis de esta situación en que hemos participado todos tiene varios objetivos:

En primer término elaborar la situación en todos sus aspectos en la medida de lo posible. Principalmente en lo que nos toca la muerte de una compañera próxima, seguramente a varios alumnos.

Ejemplificar qué es una aplicación clínica como lo que se proponía la evaluación; a partir no solo de una lectura in situ de la asamblea sino de nuevos datos advertidos posteriormente.

Pero a los fines de esta clase lo que pretende es ilustrar dos niveles de la lectura clínica:

Uno donde eliminar y comentar clínicos están apoyados y demorados en las contradicciones manifiestas del discurso. Corresponde a lo que hemos definido muchas veces como indagación operativa donde la organización y desarrollo de un proyecto (de un sentido en la tarea) se basan en el conocimiento del campo a través del sucesivo análisis de las contradicciones explícitas que configuran los obstáculos hay que ir transformando en descubrimientos. Pero el manejo pertinente de esta verdad, lo que se conoce como decisión clínica, implica la memoria para reconocer el camino que se busca y el deseo para impulsar el proyecto en una determinada dirección. Memoria y deseo reconocidos marcan el nivel consciente enfatizado en este tipo de tarea clínica. El énfasis lógico de este análisis de ninguna manera implica el desconocimiento psicológico de lo visible e invisible, de lo dicho y lo callado, simplemente se trata de establecer cuál es la conducción clínica pertinente al encuadre y al momento. Aquí la mirada clínica parece trabajar principalmente en toda la extensión del campo y profundizando el futuro. Una mirada que busca un sentido prospectivo. Una mirada inventora.

Si hablamos de una mirada clínica hacedora de un sentido prospectivo, debemos también reconocer otro tipo de profundidad posible en la mirada clínica, aquella que busca establecer etiológicamente el sentido de una situación humana. Corresponde a lo que hemos definido como indagación genética, donde que hacer clínico se apoya en el estado del nivel inconsciente.

Aquí la singularidad del sujeto clínico está advertida no tanto o no solo

desmoronándose en sucesivas contradicciones manifiestas de un discurso, en tanto expresión especializada y verbal de sí, sino contenido dicha mirada en profundidad genética hacia el pasado, hacia la región de los objetos por reconocer: el Inconsciente.

Se trata de una mirada descubridora, por eso su eficacia en el establecimiento etiológico de un sentido. Su ejercicio demanda la existencia de un dispositivo clínico específico: la situación psicoanalítica. En todo caso, de la existencia de este dispositivo dependerá la validez confiable de sus descubrimientos. Este dispositivo puesto a punto por Freud, a partir del propósito de la atención flotante en el operador y del propósito de la asociación libre en el paciente, marca una característica fundamental en la clínica psicoanalítica, en la mirada psicoanalítica: es un deliberado intento asumido en distintos grados por cada analista de alcanzar, o al menos favorecer, una comunicación con el Inconsciente del paciente desde un proceso Inconsciente del analista.

Un tipo de comunicación donde la memoria y el deseo están suficientemente velados como para no encuadrar prematuramente dentro de lo ya conocido (consciente) lo por conocer. Las conceptualizaciones psicoanalíticas de este tipo de comunicación son abundantes y en general dentro del concepto de transferencia-contratransferencia, donde lo que se mira es el juego dramático de la repetición que ocurre aquí neuróticamente el deseo de recordar.

Una conceptualización de esta comunicación más relacionada con el mirar clínico proviene de Bion, cuando atribuye al intento voluntario de suprimir el deseo de conducir una situación en un determinado sentido y al oscurecimiento de la memoria, el surgimiento de una capacidad vivendada como visión en profundidad, en tercera dimensión que favorece la percepción dramática en profundidad. El clásico: "Ahora lo estoy viendo", parecería que Freud desistió, en parte por inhábil, de la hipnosis, organizó un dispositivo que termina recreando condiciones que, si bien llaman comúnmente "intuición clínica", "ojo clínico", etc., configura muchas veces un atajo de comunicación Inconsciente a un contexto de descubrimiento próximo al conocimiento del vidente.

He mencionado dos ejercicios de la mirada y lectura clínica diferentes no tanto cuantitativamente sino técnicamente. Podríamos simplemente destacar que el primer diseño corresponde a una metodología clínica universal, a un tipo de abordaje y conocimiento integrador de un campo, y que el segundo

configura un enriquecimiento de esta metodología clínica desde el conocimiento y el adiestramiento personal psicoanalítico.

No sería cierto suponer que el primer dispositivo técnico presupone por ejemplo la no existencia del Inconsciente, como entidad estructurante del comportamiento, o que el segundo puede ejercerse en cualquier situación sin el auxilio del dispositivo que llamamos situación psicoanalítica. Simplemente se trata de distintas técnicas ajustadas a determinados encuadres. Por supuesto el manejo de ambos requiere la idoneidad necesaria. Si nos detenemos en el ejemplo clínico visto a la luz del primer diseño podremos advertir cómo lentamente se fue abriendo paso el sentido de un proyecto a través de sucesivas contradicciones, desde las más obvias, las que configuraban un choque entre mi predicción de que se hablaría acerca de la futura capacitación clínica y el emergente reiterado de la evaluación final.

Luego la conducción no normativa hizo posible que se aclarara la contradicción entre lo que enseñamos acerca del establecimiento endógeno de normas y la norma evaluativa exógenamente establecida, el descubrimiento de esta arbitrariedad técnica configura una relación insólita, o sea algo no advertido hasta ese momento por los propios responsables: los docentes.

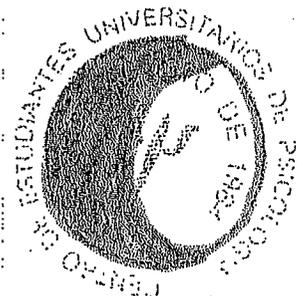
El pasaje por las contradicciones afectivas en términos de duelos por lo bueno perdido prematuramente y lo bueno no tenido, o sea una de las caras de lo malo, nos condujo a la contradicción entre trabajo positivo en el nivel del esclarecimiento lógico y resultado negativo, en el nivel de los afectos: el aburrimiento como registro de frustración.

El trabajo de esta contradicción manifiesta nos lleva a una definición por lo positivo del problema: "No hagamos nada...", que sea solo una expresión formal y vada. Hagamos lo que si hemos empezado a hacer y encontremos la evaluación pertinente. Esta evaluación ya está hecha y arroja como resultado el que redén estamos en el principio de la capacitación clínica, ¿por qué no continuada?

Hasta aquí el primer diseño de lectura fue suficientemente útil para encontrar sentido al proceso. En la predicción inicial era correcta y finalmente se hablaría concretamente acerca de la futura capacitación. Habíamos ido desentrañando los obstáculos descubiertos hasta aproximarnos a una decisión a partir del restablecimiento del sentido.

Lo que viene después, mi probable percepción Inconsciente de una muerte que flotaba en la relación, mi preocupación por el "aburrimiento", la

mención un tanto inesperada del suicidio y del acta de defunción, la represión colectiva que implicó hacer referencias al hecho durante la asamblea y el circular insistentemente en un tema "sin recordar" lo obvio, son todos fenómenos acerca de los cuales un psicoanalista puede intentar una lectura. Pero su validación solo será confiable en un contexto psicoanalítico adecuado para retener en su trama los elementos que permitan acceder a las formaciones inconscientes que expliquen cómo estaban determinados desde el mismo el comportamiento manifiesto. De esto hablaremos más detenidamente en próximas clases.



Primera ficha teórica

EL PAPEL DEL INSIGHT EN LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Si en duda sería beneficioso poder contar con un término en castellano equivalente a insight. Lo propio ocurre con otros términos ingleses de frecuente uso en la práctica psicológica, tales como apelling, stress, etc., que no tienen una exacta traducción a nuestro idioma. Sería útil que en el curso de esta clase pensáramos cuál puede ser la palabra aproximada, pues esto nos ayudará a esclarecer el concepto sobre insight.

Desde mi perspectiva espero que el desarrollo de la clase demuestre porque pienso que re-conocimiento es un término que se aproxima bastante a la idea de insight. Re-conocimiento de algo que hasta ese momento se resistió. Reconocer es conocer, en general con gratificación, algo anteriormente existente pero solo re-sentido (vuelto a sentir con hostilidad). Una frase que podría aclarar el carácter repentino, el carácter de aprendizaje por decir de este reconocimiento en cierta forma gestáltico sería la siguiente frase: "Me di cuenta de que siempre supe lo que acabo de conocer". Eso es re-conocimiento de lo re-sentido.

El primer hecho que debemos establecer, acerca del insight en clínica, es que se trata básicamente de un fenómeno propio de la psicología situacional vincular, es decir de la psicología interpersonal o polipersonal. Cuando hablamos de insight o reconocimiento psicológico, no nos estamos refiriendo a la psicología monopersonal, si es que realmente se pudiera hablar de tal psicología, ya que el tercero, aun por reclusión, siempre existe. Conviene pues que nos detengamos un tanto en examinar aquellas características de la psicología interpersonal que nos permitan ir desentrañando el concepto de insight. Es aquí donde el psicoanálisis como práctica clínica y teórica ha hecho extraordinarios aportes. Debemos, pues, referirnos a aquellas características principales de una relación vincular situacional.

1º) La numerosidad.

El número de integrantes de un campo clínico determina la calidad, los