

# REPENSAR LA CLÍNICA: UN DESAFÍO PENDIENTE

---

## RETHINKING THE CLINIC: A PENDING CHALLENGE

DR ALEJANDRO KLEIN\*

### RESUMEN

Este trabajo pretende ser una contribución para replantear los modelos con que se trabaja clínicamente, insistiendo en la necesidad de que se debe hacer una revisión de ellos, en el entendido que vivimos épocas de altos cambios sociales, políticos y culturales que imponen la necesidad ética de revisar modelos que contribuyan a un mejor trabajo con nuestros pacientes preservando, de una mejor manera, la herramienta clínica. Si bien el concepto de transferencia-contratransferencia, objeto transicional, mentalización u otros se consideran aún válidos, se intenta mostrar la necesidad de plantear una clínica más amplia que incluya la problemática de la patologización del espacio transicional, es decir, la imposibilidad de la constitución del espacio transicional, que viene a ser ocupado por las nuevas tecnologías virtuales para seguir garantizando procesos terciarios vitales al proceso de cura.

*Docente de la Universidad Ibero de la Maestría en Psicología Clínica. Profesor titular de la Universidad de Guanajuato. Graduado en Psicología. Doctor en Trabajos Social (Universidade Federal do Rio de Janeiro). Investigador asociado de la Universidad de Oxford. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. E-mail: alejandroklein@hotmail.com*

**Palabras claves:** *clínica, crisis paradigmas, salud mental*

## **ABSTRACT**

This work aims to be a contribution to rethink the models that we work clinically, insisting on the need to make a review of them, in the understanding that we live periods of social, political and cultural changes that impose the ethical need to review models that contribute to a better work with our patients, preserving in a better way the clinical tool. Although the concept of transference-countertransference, transitional object, mentalization or others are still considered valid, it is intended to show the need to propose a broader clinical approach that includes the problematic of the pathologization of the transitional space, that is, the impossibility of the constitution of the transitional space, which becomes occupied by new virtual technologies to continue guaranteeing tertiary processes vital to the healing process.

**Keywords:** *clinic; crisis paradigms; mental health*

Descripción de conceptos básicos: transferencia, constancia de objeto, objeto transicional, ausencia-presencia de otro, mentalización, contratransferencia, concepción de terapia

Laplanche y Pontalis (1968) indican que la transferencia solo tiene sentido en el proceso terapéutico y se puede entender como una repetición de prototipos infantiles donde los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertas relaciones objetales. Es inseparable de la ambivalencia en tanto que reproduce el amor y el odio de los objetos edípicos. Desde esta perspectiva, se entiende que una transferencia es positiva, cuando se movilizan sentimientos amistosos y afectuosos del paciente hacia el terapeuta y, negativa, cuando se manifiesta por la expresión de sentimientos hostiles y de enojo hacia el terapeuta. Freud (1914) entendía, en un primer momento, a la transferencia como resistencia a la cura, para luego comprender que la transferencia permitía la instauración de una “neurosis de una transferencia”, y que, a través de su resolución, se permitía la resolución del proceso terapéutico.

Winnicott (1969) replantea a su vez la transferencia desde un ángulo más penetrante: la entiende como una repetición del vínculo con la madre, lo que a su vez replantea la posición del terapeuta que debe garantizar la “constancia” de objeto a través de un proceso de *holding* que permita la aparición del *self* verdadero. Por lo tanto, el campo transferencial se amplía y ya no basta la interpretación para resolver la transferencia. El terapeuta es ahora un objeto con el que se hace un uso erótico o agresivo del mismo. Su “constancia” de objeto le debe permitir sobrevivir tanto al amor pasional como al odio destructivo del paciente, garantizando

el pasaje a la independencia emocional. Se trata de restaurar el cuidado materno (Winnicott, 1958, 1975, 1972).

Está claro que el proceso transferencial es inseparable de la constitución de un espacio transicional y, por lo tanto, de la constitución de un objeto transicional. Esta categoría especial de objeto es aquel que Winnicott señala como inseparable de la paradoja de un objeto que es encontrado tanto como alucinado. El bebé crea el objeto, pero el objeto está allí esperando ser creado para ser un objeto caracterizado. Tiene así, un rasgo que lo vuelve singular y único, pero a diferencia de Freud y Klein no surge desde la pulsión sino como un objeto manipulable: la primera posesión no yo. En tanto manipulable pero indestructible, se asocia a la creatividad, lo lúdico y el juego (Winnicott, 1958, 1975, 1972).

Es un objeto que en este sentido no es deludido, pero tampoco desaparece, sino que inaugura el espacio de elementos que componen la cultura y lo simbólico. El mismo Winnicott ya indicó la posibilidad de una de las posibilidades en la dificultad en su constitución es que el sujeto pierde la noción de que es capaz de cambiar el medio que le rodea y de que se pierda la posibilidad de que la pérdida se sienta como presencia potencial. Lo que Green (1984) ubica como incapacidad de invertir la ausencia.

Desde un sentido más penetrante, Green retoma las ideas de Winnicott y replantea la relación entre paciente y terapeuta como la capacidad de generar espacio transicional. Green señala atinadamente que, en este sentido, el terapeuta, al igual que el objeto transicional, no es un objeto real ni es un objeto imaginario, y es desde allí, que se instaura la función analítica (Green, 1994, 1990).

Sin desmerecer los desarrollos reseñados, el espacio terapéutico es también escenario de otro tipo de situaciones. En esta dimensión se ubica la experiencia de intimidad que produce el encuentro con el otro (Bleichmar, 1999).

Junto a esta experiencia de intimidad se concreta la confianza en el terapeuta y en el proceso terapéutico, confianza en el otro, lo que parece que previo a la transferencia y su sustento (Klein, 2004).

La capacidad de intimidad y confianza se asocia a la capacidad de mentalizar o a la función reflexiva que denota la comprensión de la conducta de uno mismo y de los otros en términos de estados mentales (Fonagy, 1999, 2000). Apego seguro que refleja que la capacidad del

terapeuta para observar la mente del paciente y que facilita la comprensión general de los conflictos y malestares en términos de lo mental. Sugiero así, re-pensar la “confianza básica” como instauración de aquellos procesos que Green (1994) denomina terciarios por los cuales teoriza como fundamental para el psiquismo, la capacidad de instaurar procesos de ligazón y desligazón, más que lo reprimido en sí o lo reprimido vuelto consciente.

El proceso terapéutico a través de la función reflexiva transmite dos hechos. Primero, que las cosas pueden ser pensadas y solucionadas. Y segundo, que esas cosas pensadas y solucionadas pueden serlo por la mente del sujeto. Así se deposita confianza en el sujeto, a la vez que se le transmite el consenso de un encuadre estable, imprescindible para que las cosas adquieran un sentido y una racionalidad. De esta manera, el proceso terapéutico genera precedencia y valorización al pensamiento: “ningún pensamiento es posible sin la precedencia de otros pensantes, y de formaciones colectivas anteriores al sujeto” (Kaes, 1993: 71).

Cabe entonces pensar cuál es el lugar de la contratransferencia en todo este proceso. Como se sabe, a partir de los años 1950, ésta adquiere un papel cada vez más destacado e imprescindible en el proceso terapéutico (Etchegoyen, 1995). Hay que considerar que la contratransferencia no es simétrica a la transferencia, en el sentido de que no surge necesariamente de reacciones en el terapeuta, a partir del mundo interno de su paciente, sino que en definitiva marca la presencia del mundo interno del terapeuta, no tanto en el paciente sino en el proceso terapéutico. Es decir, no es solo “reactiva” al mundo interno del paciente y, en ese sentido, Green (1984) apunta a que en realidad la contratransferencia precede y no es consecuencia de la transferencia.

Y en este sentido, el autor focaliza la terapia en lo que llama procesos terciarios, con lo que se replantea la importancia del espacio transicional ya que implica la posibilidad de que entre lo bueno y lo malo del objeto se genere la posibilidad del investimento positivo de una ausencia. O sea, poder soportar el pasaje entre la pérdida del objeto malo y la adquisición del bueno.

El investimento positivo de la ausencia se hace a través de los procesos terciarios, en el entendido de que la ausencia no es lo inexistente, sino lo que virtualmente puede existir y se puede actualizar a través de la reinstauración del espacio y del objeto transicional.

## **LA EXPERIENCIA DE SEGURIDAD: UNA EXPERIENCIA QUE SE VA PERDIENDO**

Giddens (1977) observa que la experiencia diaria de seguridad se remonta a ciertas experiencias características de la infancia relacionadas con el sentimiento de confianza básica.

Esta confianza es relacionable a la experiencia de terapeutas amparadores, capaces de cuidar y proteger, lo que además incluye lo social. Si el paciente aprende a tener confianza en su terapeuta, es porque éste, a su vez, confía en su concepción del encuadre y de la sesión y viceversa. Se trata, entonces, de una estructura de continuidad entre el paciente, el terapeuta y el encuadre por el cual se establece un marco de confianza, experiencias de seguridad y reaseguramiento (Kächele y Thomä, 1989).

Desde esta perspectiva, lo que prevalece en el proceso terapéutico son también experiencias reales y no fantaseadas, a través de las cuales el paciente se apodera de aquél como una versión de los sistemas expertos. Se genera un espacio potencial por el cual el paciente tolera que su terapeuta se “aleje” aunque sea transitoriamente (Ortiz, 2002).

El espacio potencial o transicional (Winnicott, 1979, 1981), busca resolver la ausencia del terapeuta como retorno potencial. No en vano Winnicott (1972) señala como índice de salud mental la capacidad de estar a solas, revelador del núcleo del desarrollo psicológico de la fiabilidad, asentado en la confianza en el regreso del cuidador.

Quizás podríamos decir, parafraseando a Giddens (1977), que el terapeuta “experto” no es sólo aquél que cuida, sino que además es el que garantiza las condiciones de su supervivencia. Demuestra que entre sesión- encuadre y subjetividad no hay sino integración y, además, que ante su ausencia se puede mantener la esperanza de su retorno (o sea, que es predecible).

Este sentido de la esperanza es fundamental e indisoluble de la confianza básica. En definitiva, apunta a la consolidación de una zona de la mente que no es necesario que alcance representación psíquica, en tanto que surge como marco de integración para pensar (Bollas, 1991, 1993).

Dicho de otra manera, podría decirse que cuidado terapéutico “suficientemente bueno” es aquel que evita que aparezca en primer plano aquello que generalmente permanece como difuso, destacando en cambio estructuras sólidas: el *self* verdadero, el sentimiento de

seguridad, el estado de integración y de continuidad (Bleichmar, 1997).

Esta zona de la mente se asocia a una capacidad de mentalizar o función reflexiva, que denota la comprensión de la conducta de uno mismo y de los otros en términos de estados mentales (Fonagy, 1999, 2000). Se podría re-pensar la “confianza básica” como instauración de aquellos procesos que Green (1986, 1993, 1994) denomina terciarios por los cuales teoriza como fundamental al psiquismo, la capacidad de instaurar procesos de ligazón y desligazón de forma elaborativa.

El terapeuta, a través de la función reflexiva, transmite dos hechos. Primero, que las cosas pueden ser pensadas y solucionadas. Y segundo, que esas cosas pensadas y solucionadas pueden serlo por la mente del paciente. Así se deposita confianza en el terapeuta a la vez que se le transmite el consenso de un contexto estable, imprescindible para que las cosas adquieran un sentido y una racionalidad. De esta manera, el encuadre genera precedencia y valorización al pensamiento (Kaës, 1993, 1996).

De esa manera, se espera que el paciente asuma responsabilidades de forma gradual, que pueda inquietarse y preocuparse por su entorno (Winnicott, 1981). Inquietud que retomamos en el sentido de poder explorar cosas nuevas y, en definitiva, la instauración de una “escena transformacional”, operatoria del psiquismo capaz del investimento del cambio (Klein, 2006) y de la tolerancia hacia la “inquietud”. (Giovacchini, 1989).

Podemos pensar que las técnicas de cuidado adecuadas instauran, en definitiva, capacidades que permiten el logro de la autonomía, la seguridad en sí mismo, la capacidad de estar a solas, es decir, rasgos subjetivos que permitirán la inserción del proceso psíquico con su interjuego de represiones, formaciones de compromiso y establecimiento del preconscious (Kaës, 1993). Para esto, el paciente debe poder usar “cruelmente” a la sesión (Winnicott, 1979), manteniendo al mismo tiempo una relación calma y tranquila con su terapeuta-medio ambiente.

## **LA EXPERIENCIA DE INSEGURIDAD: UNA SITUACIÓN QUE SE VA ACENTUANDO**

El material trabajado con los pacientes parece señalar que se acentúan discontinuidades espaciales y temporales, en tanto que aparecen cada vez más estructuras de *self* pobremente integrados (Kohut, 1977; Bleichmar, 1981), desapuntamientos del aparato

psíquico e incluso, por momentos, obstáculos en la instauración de la represión revelando indiferenciación entre proceso primario y secundario.

Al perder el aparato psíquico capacidad de autoconstitución se fragiliza la capacidad anticipadora (Aulagnier, 1994), por lo que los vínculos se arman entonces desde el presente y lo perceptible o el pasado y la rememoración. La propia capacidad de duelar se fragiliza, pues surge más bien la necesidad de poder hacer un vaivén permanente entre lo que permanece como sólido y seguro y lo que aparece como desamparo y vulnerabilidad (Grinberg, 1986).

Parece ser que lo que estos pacientes consideran como psicoterapia, es una compleja yuxtaposición de espacios de crecimiento y espacios de no crecimiento; espacios prospectivos y espacios regresivos y espacios de negociación permanente con su mundo interno. De esta manera, el mundo interno parece ser un objeto que cae y se derrumba, tanto como se resignifica y elabora permanentemente (Klein, 2006).

De allí que que impera una geografía psíquica y vincular densa y compleja. Desde ella, ser paciente implica un permanente debate en el orden de lo modificable e inmodificable, unido a sentimientos de desvalimiento como de empoderamiento extremo (Klein 2015, 2016).

## **PATOLOGIZACION DE LOS ESPACIOS TRANSICIONALES**

Al mismo tiempo, estos pacientes parecen tener dificultad en mantener fenómenos transicionales, los cuales implican, a través de un investimento de la ausencia, la posibilidad de transformar cosas y experiencias en objetos psíquicos, operativa que se relacionaría, a su vez, con un sentido de esperanza, espera y tolerancia a la frustración (Winnicott, 1981). De esta manera, se podría suponer que aquello que no se ve “desaparece”, es decir, que no hay forma de investir la distancia con trabajo psíquico. Esta imposibilidad de investir la ausencia incide en que los vínculos se construyan desde lo concreto y se anulan con la lejanía, consolidando fenómenos de patologización de los espacios transicionales.

Los encuadres se vuelven inestables y lo estable de un encuadre pasa a ser justamente su inestabilidad y precariedad (Frankel, 2002).

Por eso surge la necesidad de mantener la “presencia” del terapeuta o la sesión a través de las nuevas tecnologías como *Skype* o *WhatsApp* como estrategias para anular la ausencia

del terapeuta y como emergentes, además, de la imposibilidad de mantener un encuadre de acuerdo a las características que tradicionalmente lo han caracterizado: permanencia y estabilidad. El uso de las tecnologías de información como terciarios simbólicos hacen posible sostener el proceso terapéutico desde una "prótesis" de investimento de la ausencia (Green, 1994).

La inestabilidad del encuadre surge por una reestructuración psíquica por lo que se requiere que los espacios que se habitan sean cerrados y resguardante, es decir, como ya dijimos, siempre presentes, lo que genera una sensación de calma y seguridad. Por eso, el pasaje al espacio del consultorio no está exento de conflictos y complicaciones. Los espacios demasiados abiertos parecen tener una cualidad amenazante que se vuelve intolerable porque sobre él no pueden pensar, al no haber posibilidad de investir la ausencia como espacio u objeto potencial.

Para estos pacientes, muchas veces la sesión debe ser la garantía de un "lleno" pleno que garantice la seguridad y la continuidad espacio-temporal de sus vidas. De esta manera, desde la patologización de los espacios transicionales, la cotidianeidad se nutre de la sobreausencia vacía que desampara o la sobrepresencia llena que protege (Klein, 2006).

Se consolidan de esta manera diversos desgarros que hacen fracasar la constitución de una distancia óptima por lo que todo está ausente o está presente, todo está fusionado o hiperdiscriminado, sin que se pueda pensar desde lo ausente. La falta de situaciones intermediarias o negociadoras hace que estos pacientes estén saturados de cosas y a su vez paradójicamente- sin nada, porque todo pasa por el filtro pertinaz de la pregunta sobre cómo conservar aquello que está, pero que es evanescente: un amigo, lo social, los hermanos, la propia historia vital.

Desde esta situación es difícil afirmar que mantenemos pacientes, hay más bien, consultantes. No hay forma tampoco de sostener el modelo de cura como resolución de síntomas. Quizás lo más adecuado es indicar que la cura pasa por transitar senderos de subjetividad. Más que una palabra interpretante, lo que se necesita es crear un vínculo para generar condiciones de grosor del aparato psíquico, donde el objeto es construido, fantasmático y tiene algún tipo de elaboración y donde el "afuera" ya no está tan teñido de cualidades persecutorias amenazantes (Klein, 2006).

## REPASO DEL MARCO TERAPÉUTICO DE TRABAJO

Proponemos entonces, como estrategia terapéutica, la consolidación de lo mental (Bollas,1991) como estructura de mediación fundamental entre el aparato psíquico y el mundo externo y entre ausencia y presencia. Se trata de consolidar una estrategia de funcionamiento mental caracterizado por la consolidación de un self genuino (Bollas, 1991, 1993), calmo e íntegro. De alguna manera se relaciona con el hecho de que las intervenciones tienen como marco-fondo también un silencio elaborativo.

Parece importante señalar un cambio substancial operado desde el material que se trabaja terapéuticamente, el que aparece no pocas veces en el orden de lo urgente e inmediato. De ahí, otra vez, la relevancia del uso de las nuevas tecnologías para intentar volver a reconstruir y a consolidar la espera dentro de los ritmos del proceso terapéutico.

Por eso, la importancia de un encuadre que facilite condiciones de lazo social y en el cual se verifique estar atentos a si los pacientes acuden o no a sesión. Nos referimos a la necesidad de mantener una actitud basada en la preocupación por la presencia y no sólo en la tolerancia a la ausencia. Tiene que haber una diferencia entre estar o no estar en sesión, relacionada con una verdadera marca de integración a ella. Desde aquí se replantea nuevamente la necesidad del WhatsApp u otras redes sociales.

Como señala Galende (1997), se hace fundamental, como estrategia en salud mental, la posibilidad de integración a la sesión, transmitiendo lo fundamental de su continuidad. El hecho de que esto se obtenga ya es un logro, cosa que antes se desdeñaba o no se tenía en cuenta suficientemente.

Nos encontramos trabajando con pacientes que por momentos son pacientes y por momentos no. Como están dentro de la sesión, están fuera de la misma, lo que es una situación inevitable, ya que ésta es la experiencia que tienen de cómo estar en las cosas: adentro y/o afuera, sin investimento del espacio transicional (Anzieu,1990).

Desde la cultura de estos pacientes-no pacientes agobiados se plantea una batalla por la supervivencia, con lo que el consultante-paciente reclama una tarea de ayuda, sostén y cuidado permanente (Grinberg,1986).

De esta manera, lo indecible se va transformando en decir; lo impensable en representaciones diversas; lo innombrable en comunicaciones complejizantes, y se genera, además, la elaboración de la capacidad para soportar la angustia (Tisseron, 1997).

Desde allí surgen otros modelos de subjetividad que no son exactamente los que se perpetuaban tradicionalmente (Klein, 2015). Así, la experiencia que venimos acumulando sobre el proceso terapéutico parece sugerir que más que trabajar sobre patología y síntomas, se trabaja desde subjetividad y construcción de subjetividad (Galende, 1997).

Es decir, creemos que acompañamos el proceso de subjetivación de los consultantes, en el sentido de que, al contrario de lo que se piensa generalmente, los pacientes revelan una dificultad en enfrentar desafíos que, como hemos indicado, están determinados por la anulación del espacio transicional y la predominancia de una dicotomía agotadora entre espacios uterinos, cerrados y protectores y espacios abiertos, amenazantes y terroríficos.

## **LA CRISIS DE LOS PARADIGMAS: TRAUMA VERSUS HOMEOSTASIS**

Si hay algo que todos sabemos es que muchas cosas, probablemente de forma irreversible, han cambiado en nuestras prácticas y posibilidades técnicas. Las patologías han cambiado, se señala, pero también lo ha hecho el clínico y la forma en concebir la clínica (Janin, 1989).

Esta crisis social que desampara al sujeto y a las subjetividades en este principio de siglo e instaura una violencia cada vez más trepidante, valga la paradoja, no puede sino ser saludable para el campo de la clínica. Puede llegar a otorgar un “baño” refrescante y saludable desde el momento en que habilita a cuestionar verdades pretéritas e inmovibles (Green, 2011).

La valoración definitiva que estamos otorgando a la investigación empírica no es ajena a este fenómeno. Indagamos y nos preguntamos sobre qué es paciente, qué es cura, quién es un psicoterapeuta. Este fenómeno no sólo cuestiona paradigmas, sino que nos desafía a ser creativos para proponer nuevos modelos de salud mental.

Cuando decimos que ya no existe ese psicoterapeuta distante que daba la mano, que no tuteaba, que mantenía una gélida distancia, remite -como dato más profundo- a que hay algo del encuentro con el otro que ha venido a ser valorado, pero en tanto se ha valorado el *encuentro*, además, con la realidad misma.

Por otro lado, ya no se puede sostener un modelo de aparato psíquico neutro e independiente de factores sociales y económicos. De esa misma manera, el psicoterapeuta no puede desprenderse ni es independiente de las variables sociales y económicas (Morici, 2002).

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

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

En este sentido se plantean dos situaciones a priorizar:

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

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

Sugerimos que la crisis tiene que ver, entonces, no solamente con procedimientos y necesidad de adaptación de dispositivos, sino también con la crisis del paradigma terapéutico, que requieren mantener como telón de fondo o metaencuadre, un contexto social y económico de clase media con estabilización social. Un tipo de sociedad, de sociedad conflictiva y un tipo de paciente, siempre repetidos a sí mismos como algo circular y cerrado que siempre está y es inmodificable.

Una especie de homeostasis social propia del principio de constancia. Principio de funcionamiento psíquico que se busca extrapolar a lo social y contextual. Los principios de extrapolación ingenuos están en crisis, lo que conlleva paradigmas en crisis (Waisbrot, 2003).

No se trata sólo de que la sociedad esté en crisis, hay que cambiar la forma de trabajar. El

problema es que, al consultante en crisis se le suma una situación social de crisis junto a una serie de paradigmas en crisis.

En otras palabras: consideramos que no hay forma de mantener al principio de constancia como eje del metaencuadre habitual de trabajo. La preponderancia de lo *traumático* implica que el modelo desde el cual nos formamos se ha vuelto no sólo anacrónico, sino también inaccesible (Frankel, 2002).

Esto implica, además, la necesidad de incorporar nuevas variables que no estaban previstas en programas clínicos iniciales, como resiliencia, agenciamiento, empoderamiento (Zuckerfeld, 2002).

## **LA CRISIS DE LOS TERAPEUTAS: LA SUPERVIVENCIA**

Lo traumático se instala además en nuestros consultorios: la sesión pasa de ser semanal a quincenal o a veces mensual. O, por el contrario: está siempre en el orden de lo urgente y lo imprevisible, con pacientes que necesitan atención por fuera del encuadre establecido. La continuidad del tratamiento se vuelve discontinuo, pero mantiene la peculiaridad de que nuestros paradigmas de cura se desenvuelven en la continuidad no en la discontinuidad.

Progresivamente, atender a un paciente se gesta desde una óptica de la supervivencia. Hay no solamente una adaptación, sino una sobreadaptación del terapeuta a lo que el paciente le plantea. Esto no puede dejar de tener efectos a nivel del estrés laboral, de lo económico, y de la autoimagen.

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

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

## LA CRISIS DE LOS TERAPEUTAS EN FORMACIÓN

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

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

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

## CONCLUSIONES: UNA PSICOTERAPIA SALUDABLE

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

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

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

El terapeuta puede delimitar así:

1. Que la sesión es siempre contextual: depende del marco cultural y las urgencias sociales de los distintos pacientes. De esta manera, el encuadre es capaz de albergar lo nuevo que surge.
2. Que los modelos de terapeuta y terapia también son contextuales. Es la necesidad de hacer ajustes y transformaciones permanentes en la forma de trabajar.
3. Que existe una oscilación permanente entre la “diferencia” con los pacientes, y la “ semejanza” con ellos. Contratransferencialmente, está quizás la culpa por sentirse en una situación más resguardada, pero también está lo ominoso de percibir lo indefectible de una situación social que alcanza a todos por igual en el orden de lo económico, la inseguridad, la corrupción, la violencia o la impunidad.

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

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

La planteada “patologización de los espacios transicionales” indica, justamente, que procesos que estaban previamente garantizados, como la constitución del espacio transicional o la resolución del proceso terapéutico a través del trabajo de la transferencia-contratransferencia no siempre se verifica. Lo que se puede relacionar a nuevas formas de subjetividad cuya descripción escapa a los límites de este trabajo. Sin duda, las nuevas tecnologías son válidas en el proceso terapéutico, en el caso de viajes, por ejemplo, pero también y fundamentalmente en los espacios y tiempos entre las sesiones. Especialmente, en la frecuencia cada vez mayor que se percibe de los pacientes de mandar mensajes de tipo WhatsApp. Aseguran una continuidad que el encuadre tradicional ya no es capaz de garantizar plenamente y, en ese sentido, forman parte de una u otra manera, del proceso terapéutico.

Probablemente, desde este punto de vista, los usos de estas tecnologías puedan abonar a la recreación del espacio transicional en el sentido de Green de poder ayudar a investir una ausencia. Pero se trata de una hipótesis que debe ser revisada cuidadosamente. Como se ha intentado mostrar en este trabajo, ya no se trata de volver a una noción de encuadre, proceso terapéutico y sesión que probablemente se han vuelto inviables. Quizás, en ese sentido, cabría preguntarse si también el espacio transicional no se ha vuelto inviable.

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

## REFERENCIAS

Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Madrid: Paidós.

Bleichmar, H. (1999). Del apego al deseo de intimidad: Las angustias del desencuentro. *Revista de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas* No. 2. Recuperado de: [www.aperturas.org/2bleichmar.html](http://www.aperturas.org/2bleichmar.html)

Bollas, C. (1991). *La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bollas, C. (1993). *Fuerzas de destino. Psicoanálisis e idioma humano*. Buenos Aires: Amorrortu.

Etchegoyen, H. (1995). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086>

Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=104&>

- Frankel, J. (2002). Explorando el concepto de Ferenczi de identificación con el agresor. Su rol en el trauma, la vida cotidiana y la relación terapéutica. Acceso en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000201>
- Freud, S. (1914-1980). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras Completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Galende, E. (1997). De un horizonte incierto, psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós.
- Giddens, A. (1997). *Modernidad e Identidad del Yo*. Madrid: Península.
- Giovacchini, G. (1989). *Adolescentes borderline*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Green, A. (1984). *El lenguaje en el psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1990). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. Aspectos fundamentales de la locura privada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1994). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2011). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del inconsciente*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grinberg, L. (1986). *Introducción a las ideas de Bion*. Buenos Aires: Paidós.
- Janin, B. (1989). Aportes para repensar la psicopatología de la infancia y la adolescencia. Buenos Aires: *Revista Argentina de Psicología*, Vol. 40, pp. 40-52.
- Kächele, H. & Thomä, H. (1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Barcelona: Herder.
- Kaës, R. (1993). *El grupo y el sujeto del grupo. Elementos para una teoría Psicoanalítica del Grupo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaës, R. (1996). (org.) *Transmisión de la Vida Psíquica entre Generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Klein, A. (2004). *Adolescencia, un puzzle sin modelo para armar*. Montevideo: Psicolibro- Waslala.

- Klein, A. (2006). *Adolescentes sin adolescencia, Reflexiones en torno a la construcción de subjetividad adolescente bajo el contexto neoliberal*. Montevideo. Psicolibro-Universitario.
- Klein, A. (2015). *Del Anciano al Adulto mayor-Procesos psicosociales, de salud mental, familiares y generacionales*. Ciudad de México: Plaza y Valdez Editores.
- Klein, A. (2016). De la ancianidad al adulto postmayor. *Desacatos*, 50, 156-169.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1968). *Diccionario de psicoanálisis*. Madrid: Editorial Labor.
- Laplanche, J. (1987). *Nuevos Fundamentos para el Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Morici, S. (2002). Cuando la crisis nos desonstruye. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/11morici.html>.
- Kohut, H. (1977). *Análisis del Self- El trastorno psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ortiz, E. (2002). Las palabras para decirlo. Un enfoque intersubjetivo de la comunicación en psicoterapia. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000220&a=Las-palabras-para-decirlo-un-enfoque-intersubjetivo-de-la-comunicacion-en-psicoterapia>
- Tisseron, S. (1997). (org). *El psiquismo ante la prueba de las generaciones. Clínica del Fantasma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Waisbrot, D. et al. (2003) *Clínica psicoanalítica ante las catástrofe sociales. La experiencia argentina*. Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. (1969). O uso de um objeto. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*, pp. 34-46.
- Winnicott, D. (1972). *Realidad y Juego*. Madrid: Gedisa.
- Winnicott, D. (1979). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Madrid: Laia.
- Winnicott, D. (1981). *El proceso de maduración en el niño*. Madrid: Laia.
- Zukerfeld, R. (2002). Procesos terciarios, creación, resiliencia y prácticas sociales transformadoras. Buenos Aires: 1er Congreso Internacional de Salud y Derechos Humanos. Universidad Popular Madres Plaza de Mayo.