

Algunas características del analista necesarias para afrontar la complejidad clínica del tratamiento de un paciente grave¹

Carlos Nemirovsky

“El método de la complejidad no tiene como misión volver a encontrar la certidumbre perdida y el principio Uno de la Verdad. Por el contrario, debe construir un pensamiento que se nutra de incertidumbre en lugar de morir de ella...es la conciencia de que lo que más falta nos hace no es el conocimiento de lo que ignoramos, sino la aptitud para pensar lo que sabemos. Es, en fin y sobre todo, la voluntad de sustituir la euforia de un conocimiento incapaz de conocerse a si mismo por la búsqueda inquieta de un conocimiento del conocimiento”. Edgard Morin (1980)

*“La locura es la incapacidad de encontrar a alguien que nos aguante”
Winnicott, Donald (1961) citando a su amigo J. Rickman.*

Entiendo por paciente grave a quien nos coloca en una situación difícil, no cotidiana, en nuestra clínica. No alude necesariamente a un diagnóstico psicopatológico y muchas veces se refiere a un paciente a quien no comprendemos y que nos pone por tiempo prolongado en una situación complicada o incómoda.²

La experiencia nos muestra que el tratamiento de una situación compleja, como es el abordaje de un paciente grave, es muy diferente de aquella que no lo es. Partiendo de esta premisa considero que intentar analizar a estos pacientes nos demandará a los profesionales algunas condiciones. Sin pretender hacer una lista completa de las mismas y con el ánimo de poder discutirlo con los colegas propongo un

¹ Este escrito integra un trabajo más extenso, presentado en el 46º Congreso de la Internacional Psychoanalytic Association, Chicago, USA, Julio de 2009.

² Con la finalidad de allanar la discusión en el Simposio he preferido proponer una definición amplia y no acotada del concepto “paciente grave”.

listado posible de ellas:

1 - El analista debe asumir y ejercer el poder necesario para intentar modificar lo que perturba a su paciente. Debe hacerse claramente cargo de la asimetría que conocemos desde Freud. Esta asimetría es resultado de la imagen que del profesional tiene el paciente y se compone de múltiples elementos (muchos son previos a la experiencia del encuentro con el profesional).

La investidura que vamos portando en nuestra clínica dependerá no sólo del paciente sino de aspectos *profesionales* (la derivación y la manera en que se ha brindado la información al paciente o a la familia es fundamental) y *sociales* (nuestros datos curriculares, en un amplio sentido, suelen encontrarse en Internet, más allá de nuestros propósitos).

Nuestra imagen no dependerá del resultado de una cura, sino que será un producto de la manera en que hemos sido investidos y en consecuencia, de lo que de nosotros se espera. Gran parte de nuestra eficacia dependerá de nuestra imagen y no viceversa. (Nemirovsky, 2002, 2007)

2 - Nuestra capacidad empática, que no sólo es el método de observación y recolección de datos sino quizá una experiencia única y extraordinaria para aquellos que no han tenido la oportunidad de encontrar en su vida temprana objetos adecuados para posibilitar su desarrollo psíquico –como muchos de nuestros pacientes graves- y que ahora tendrán la oportunidad de editar estas circunstancias en el transcurso de la terapia psicoanalítica.

Con empatía nos referimos a:

- Un fenómeno inherente a la comunicación humana: se trata de reconstruir en uno mismo los estados psíquicos del otro. Cuando el analista comprende empáticamente, se ha producido en él una resonancia vivencial isomórfica con el paciente.

- Un modo de conocimiento: se trata de un fenómeno espontáneo que se impone al observador. Pero se trata de un acto único, sino de un proceso que lleva al conocimiento. Este proceso implica mecanismos de imitación, imaginación, evocación e identificación momentánea, parcial y controlada.
- Un instrumento terapéutico: que permite la constitución del campo de interacción terapéutico en el cual se despliega el diálogo analítico, y de esta manera se posibilita la disposición a transferir.

La empatía es una herramienta adecuada para posibilitar la personalización (lograr la integración, cohesión, y consolidación del self) en aquellos pacientes que han sufrido trastornos originados en las fallas empáticas de sus objetos tempranos. Por lo que en casos complejos debemos jerarquizar esta aptitud del terapeuta. (Lerner, H. y Nemirovsky, C. 1989).

3 - Que pueda disponerse a aceptar las transferencias del paciente para poder posicionarse como un objeto que genere con un mínimo de interrupciones traumáticas. Obviamente no se trata de exigirle a un analista de estos complejos pacientes que permanezca estático, pero si que comprenda el proceso por el cual pacientes graves necesitan no interrumpir la continuidad vivida como presencia del vínculo terapéutico una vez logrado cierto ritmo y constancia en su relación profesional. Una paciente solía llamarme por teléfono cuando transcurrían más de dos días sin vernos en sesión, sólo para decirme que necesitaba escucharme. En algunas oportunidades le bastaba escuchar mi voz en el contestador automático. Así “recargaba mi presencia cuando se le había agotado”, decía, y lograba seguir esperando hasta el próximo encuentro. Hoy contamos con más herramientas –como el correo electrónico o el teléfono celular- cuando los encuentros personales no son posibles.

4 - Que tenga la posibilidad de preocuparse por el paciente. Sabemos por

nuestra experiencia que no todos los pacientes nos preocupan, y los que lo hacen no lo hacen por igual. Descartadas cuestiones personales, la preocupación del analista es un signo muy importante para tener en cuenta para el diagnóstico de un paciente complejo. Estar preocupado un fin de semana respecto a un paciente suele ser la respuesta del analista a las necesidades de aquel en cuanto a objetos que lo tengan en cuenta y se preocupen por él como no los hubo en sus experiencias tempranas.

5 - Que pueda construir un marco para contener al paciente y para contenerse. En este sentido las citas que transcribo de Winnicott (1955-1956) son esclarecedoras: *“En la labor que estoy describiendo [con pacientes en cuya “historia personal precoz no hubo un cuidado infantil suficiente”...de sus necesidades] el marco cobra mayor importancia que la interpretación”... “El comportamiento del analista, representado por lo que he llamado “el marco”, por ser suficiente en lo que hace a la adaptación a la necesidad, es percibido gradualmente por el paciente como algo que da pie a una esperanza de que el verdadero self pueda, por fin, correr los riesgos propios de empezar a experimentar la vida”.*

6 - Que además de reflexionar, pueda actuar. Obviamente nos referimos a lo que hoy denominamos enactment (y no al *agieren* freudiano de la primera tópica). Que el analista pueda utilizar y permitirle al paciente utilizar el representar o dramatizar a partir de la memoria procedimental y a la manera de un juego roles que carecen de palabra hasta descubrir su sentido o hasta que el analista pueda *ser usado* en el sentido de Winnicott. Probablemente el primer trabajo acerca del enactment es el de J. Sandler (1976) en el que plantea que si el analista acepta la inducción del paciente a jugar un rol, se podrán comprender aspectos importantes del vínculo en la relación transferencial que de otra manera quedarían ocultos.

No vamos a desarrollar aquí las cuestiones del lenguaje que implica la acción del

analista, sólo diremos que podemos considerarlas como parte de la comunicación esencial en los pacientes graves, en los que la semántica de las palabras es adquirida más tardíamente que la dimensión pragmática.

7 - Que pueda aguantar y resistir los embates de curiosidad, de celos, de envidia de un paciente y que pueda además pensar si ha contribuido y cuánto, a fomentar estos estados. Que pueda aguantar su propia envidia por un paciente a quien se le permiten estados regresivos y que suele ser ayudado y/o mantenido por otros. (Nemirovsky, 1993)

8 - Que pueda soportar la no comunicación y las intensas transferencias negativas con las que habitualmente nos ponen a prueba.

9 - Que pueda encontrarse con su propia capacidad de odiar y que ésta le posibilite no sentir pena o lástima culposa, sino que pueda asistir a su paciente sin reaccionar al ser demandado arbitrariamente en los momentos afectivamente.

10 - Que acepte que el objetivo de curación puede diferir del objetivo del paciente. En muchos casos sólo podremos acompañar. Es una ingrata tarea que suele avergonzarnos, es incómodo plantear que estamos en función de “tutor” como aquellos que se utilizan para mantener una planta en una dirección pero muchas veces y durante largo tiempo no somos más que eso y así debemos aceptarlo. También es cierta la sorpresa inversa: afortunadamente no sabemos tanto como para prever el futuro.

11 - Que sepa soportar que el paciente o sus responsables no paguen los honorarios, que nos saturen a mails, o a llamadas telefónicas extemporáneas o apariciones sorpresivas.

También habremos de tener en cuenta que es muy difícil preservar por completo nuestra intimidad y saber que nuestra familia, que seguramente es afectada de

diversas maneras por estos tratamientos, se canse.

12 - La experiencia me enseña que sería conveniente que los recursos económicos del profesional procedan en su mayor parte de su desempeño clínico. Tener como entrada secundaria el ingreso de fuentes profesionales facilita el abandono de estas tareas difíciles para el analista.

13 - Poder sobrevivir a los ataques voluntarios e involuntarios de estos pacientes y estar capacitado para estar solo.

Descriptores: PACIENTE COMPLEJO – CLÍNICA – EMPATIA - VINCULO

Algunas características del analista necesarias para afrontar la complejidad clínica del tratamiento de un paciente grave

Carlos Nemirovsky

Resumen

“La locura es la incapacidad de encontrar a alguien que nos aguante” ha planteado Winnicott y nuestra experiencia nos muestra que el tratamiento de una situación compleja con un paciente grave es muy diferente de aquel que no lo es. Por lo que intentar analizar a estos pacientes nos demandará a los profesionales algunas condiciones.

Entiendo por paciente grave a quien nos coloca en una situación difícil, no cotidiana, en nuestra clínica. No alude necesariamente a un diagnóstico psicopatológico y muchas veces se refiere a un paciente a quien no comprendemos y que nos pone en una situación complicada o incómoda.

Sin pretender hacer una lista completa de las mismas y con el ánimo de discutirlo en este Simposio propongo un listado posible de las características que estimo necesarias en el analista que tiene a su cargo un paciente de características complejas.

Bibliografía

Lerner, H. y Nemirovsky, C. (1989) La empatía en el psicoanalizar.

Psicoanálisis, Apdeba, Vol. 11, Págs. 129-143.

Actas, XXVI IPA Internacional Congress, Montreal, Canadá, 1987.

Morin, E. (1980) *El método*. Ed. Cátedra S.A. Madrid, 1993.

Nemirovsky, Carlos (1993) Otros pacientes...otros analistas? Actas, XXXVIII Congreso IPA, Ámsterdam, Julio de 1993.

----- (2002) Encuadre, salud e interpretación. Capítulo 14, *Winnicott Hoy. Su presencia en la clínica actual*. Comp. Por A. Liberman y A. Abello, Ed. Psimática, Madrid, 2008

----- (2007) *Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría*. Ed. Grama, Buenos Aires.

Sandler, J. (1976) Intern. Rev. Psychoanalysis 3:43-47.

Winnicott, D. (1955-1956) Variedades clínicas de la transferencia.

Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Ed. Laia, España, 1979.

----- (1961) Variedades de psicoterapia. *El hogar nuestro punto de partida*, Paidós 1993.