

El paciente contemporáneo ¿Quiénes y por qué nos consultan hoy?

N. Marucco

C. Nemirovsky

Coord: Miguel Spivacow

Los dos expositores son Carlos N y Norberto M los conocemos mucho a los dos han dictado seminarios, cursos en distintos lugares del país y del mundo. Para los que quieran profundizar en el pensamiento de los dos Norberto tiene un libro “Cura analítica y transferencia” está agotado pronto lo van a re editar, pero está por publicar otro libro que se va a llamar posiblemente “Problemáticas de nuestro tiempo”. Y Kachi así lo conocemos todos tiene un libro muy interesante para profundizar en sus ideas “Winnicott y Kohut nuevas perspectivas para el psicoanálisis la psicoterapia y la psiquiatría”

El tema de la mesa de hoy está en resonancia con el próximo congreso de la IPA Un mundo en cambio las formas y las herramientas psicoanalistas en el mundo en hoy, parece que toda esta problemática tiene que ver que los pacientes que nos consultan hoy no son los mismos que nos consultaban antes. Pero no sólo los pacientes no son los mismos nosotros tampoco somos los mismos, cabe toda una discusión de con que herramientas nos acercamos a éstos pacientes. El mundo no es el mismo, el universo simbólico no es el mismo. Hoy nos consultan pacientes que quieren cambiar de sexo, se discute cuanto sexos tiene la especie humana, el tiempo no es el mismo, la gente no sé si tiene la actitud y la cabeza para hacer los tratamientos que antes se hacían, los tratamientos en sí mismos pueden hacerse por skype o no, bueno hay una infinidad de cuestiones a discutir en todos los terrenos sobre qué tipo de pacientes cómo y porqué nos consultan. Entonces vamos a escucharlo primero a Norberto va hablar 15 o 20 minutos, después a Kachi y después vamos a intercambiar entre todos hasta que termine la actividad.

Nemirosky

Lo que decía Norberto me hizo acordar algo que decía Eric Laurent: “*todos somos hijos del trauma*” hablando de los vasallajes del yo, en este caso a la Realidad y en relación a lo que decía Norberto a la oferta de vínculos en la desvinculación. Las redes se especializan en la oferta de vínculos como una parodia como

una prótesis de aquello que falta. Recordé que Green en el 90', en "Locuras Privadas", dice que desde la época de Freud hasta ahora ha cambiado más la escucha de los analistas que los pacientes.

Pero personalmente, creo que hoy encontramos menos neuróticos que en las primeras épocas. Hoy el analista está más sensible a detectar conflictos cargados de potencial arcaico que tal vez se descuidaba en el pasado. Yo en lugar de escucha, como dice Green, diría actitud y en lugar de conflictos arcaicos diría déficit. Es bastante interesante porque la misma clase de pacientes que le consultan a Norberto me consultan a mí también, aunque tenemos pequeñas diferencias en las ópticas, acerca de ¿cómo construimos al objeto que nos consulta?.

Qué pacientes vemos hoy implica dos cuestiones, una la percepción que es lo que vemos, y otra el tiempo que es hoy que son hechos a definir. Percepción no es un hecho pasivo y natural, (no deriva de la realidad "objetiva") sino de una determinada concepción del mundo. El psicoanálisis es parte de la cultura con lo cual se van sucediendo innovaciones en la teoría y en la psicopatología y en los diagnósticos que dan cuenta de patologías que se presentan moldeadas por la organización social y por nuestras costumbres. La psicopatología habitualmente crece por los bordes de las categorías clasificatorias como por ejemplo en la frontera de la psicosis y la neurosis aparece el borderline pero pronto habrá que diferenciarlo del esquizoide que tendrá que diferenciarse a la vez de la esquizofrenia ambulatorio y de las neurosis graves. Nuestra nueva miradas van complejizando esa taxonomía. Nuestra manera de percibir también es cultural. La segunda cuestión es el tiempo en un mundo en cambio entonces los analistas nos tenemos que preguntar *desde cuando* empezamos a reflejar éste cambio. Norberto hablaba de 30 años que es una manera de aproximarse a poder hablar del tiempo en que se van produciendo los cambios, pero fíjense en las últimas propuestas de Freud tomando la segunda tópica, que ya reflejaba el contexto social que se comenzaba a vivir. Por algo el Yo ocupa tanto lugar en la última parte del desarrollo teórico freudiano.

En Inhibición, Síntoma y Angustia de 1926 por ejemplo, resalta (como el segundo peligro de la evolución del bebé al adulto, en el ser humano), la posible pérdida del objeto de la necesidad. Esto aparece jerarquizado, y en trabajos en una década después, la escisión del yo, en "*El yo y el ello*" aparece el Yo debatiéndose con *la realidad*. Freud también cambia de opuestos, la psicosis empieza a ser la negativa de la neurosis, no ya la perversión y en concordancia el subraya lo que ve con más frecuencia en su clínica que reflejaba una estructura de psiquismo basada en disociaciones y transmutaciones mucho más que en represiones, fenómenos que podemos abarcar con el de narcisismo a pesar de la polisemia.

Quiero señalar algunos cambios en la cuestión social principalmente el cambio de rol social de la mujer después de la segunda guerra, que junto a la irrupción de los anticonceptivos, al viagra, a la generación de las familias ensambladas, a las crisis de las categorías de género, a la inversión de los roles padre e hijo, nos proponen desafíos a nuestras teorías con las que los analistas vamos llegando cada vez más tarde. El mundo cambia pero creo que es *nuestra inercia* la que nos debe preocupar. Derrida decía que el enemigo del psicoanálisis está dentro del psicoanálisis y se origina de las diversas ortodoxias a lo que vos planteabas de lo

pluri, multi, enfoque. Retomando Derrida decía que el enemigo está dentro del psicoanálisis y se origina dentro de las diversas ortodoxias que funciona a la manera de una enfermedad autoinmune. Esto lo trabaja muy bien Rodolfo en su libro último.

Ajustar nuestras ópticas y nuestras bibliografías es un proceso mucho más lento que los cambios de hoy. Erikson decía que los padres educan a los hijos para vivir en un mundo que inevitablemente será distinto cuando ellos sean adultos. Creo que lo mismo ocurre con nuestra formación, respecto a los pacientes que ahora vemos. Nos formamos con herramientas para ver pacientes (individuos, parejas o familias) que hoy son la minoría de los que acuden a nuestra consulta. Si pensamos como se constituía la subjetividad hace algunas épocas teníamos que pensar en la familia, en la escuela y en los líderes barriales. Hoy la subjetivación es el resultado de factores muy diferentes. Tenemos que pensar en las redes sociales, la tecnología, las tramas de la familia actual, la enorme oferta identificatoria en términos de género. En ese orden. Facebook hace algunas semanas permitía cambiar de género (que no sólo son dos sino que son múltiples). Los pares tienen mucha más influencia en la subjetividad actual mucho más que los padres. Los pacientes que hoy vemos, producto de la extensa cultura psi de nuestro país sobre todo en Buenos Aires, genera una demanda que nosotros hemos creado y fomentado aceptando en tratamientos prolongados a pacientes que a veces sólo necesitan una orientación aquí el psicoanalista es demandado por otras cuestiones. En Europa, México o Perú las consultas son netamente sintomáticas o por crisis.

Yo me voy a referir a pacientes adultos y adolescentes que es lo que yo atiendo. Yo no represento a nadie, en la línea que tomaba Norberto, cuento la experiencia personal y de colegas a los que escucho y además creo que los pacientes difieren según a quien consultan pero hay particulares de la consulta según la cultura que tiene ribetes tragicómicos. Un comentario que yo escuchaba de un chico de 9 años que estaba con sus padres y les decía “llévenme al psicólogo porque quiero hablar con ustedes” Otro comentario que escucho de un padre a su hijo de 12 “o te hacemos el Bar mitzvá o te llevamos al psicólogo, no podemos gastar en todo”

La manera de acercarse a un profesional es inherente a la cultura psi que tiene cada región. Lo que voy a comentar no es estadísticamente significativo -porque nosotros cuantos pacientes vemos en nuestra vida 500, 1000, 2000?-. No son numéricamente significativos, no estamos en el tema de la evidencia como en la psiquiatría ni siquiera podemos armar un listado consensuado de motivos de consulta. Coincido con Norberto sobre la depresión, pero como la enfermedad única de Pichón. Comentaré algunas consultas: es cada vez más habitual que me googleen, después que te manden un mail para pedir hora o confirmarla, luego, esto me pasa cada vez más frecuente, que me manden un mail para cambiar la hora que había dado y después que me manden un whatsapp para decirme “estoy a 3 cuadras demorado, ya llego” Cuando abro la puerta de mi consultorio es habitual encontrar una persona mirando el teléfono a quien yo no saludo hasta que deja de mirar el teléfono, y después me dice que está esperando una llamada importante y si puede dejar el teléfono prendido. Esta es una característica cada vez más frecuente

Además de los pacientes derivados por otros pacientes, vienen los derivados por colegas psi o por clínicos, pediatras o ginecólogos o de otras personas de la cultura. Pero los que vienen derivados por médicos vienen con el diagnóstico puesto “pánico o depresión” y muchas veces vienen medicados también y seguramente con un ansiolítico o/y antidepresivo y también con una indicación, “que te vea una vez por semana”. Quisiera señalar una característica de las grandes ciudades argentinas: si el paciente demanda “quiero analizarme” no siempre tenemos que responder positivamente: debemos tratar de comprender que significa analizarse. El tratamiento analítico requiere de una indicación y si se trata de mejorar la vida de una persona debemos hacer lo mínimo posible, no lo máximo, y también en el menor tiempo posible. Esto también lo tenemos que pensar, es importante la economía de recursos para el paciente y para nosotros o para el sistema de salud. Los tratamientos empiezan y terminan y si no podemos finalizarlos debemos fundamentarlos muy bien.

Cuando vino Betty Joseph hace muchos años, (yo tenía una paciente en tratamiento muy prolongado), la consulté porque yo me sentía culpable de un tratamiento tan largo. Me dijo “A esa paciente quizás la tenga toda la vida por las características inherentes de esa paciente”. Pero esto es o debe ser excepcional. Esto me hizo reflexionar sobre esta tarea, que a veces nos convertimos como en *tutor* de ese paciente, un acompañante. Seguramente le hace mejor el holding de un analista que de un psiquiatra, pero esto no nos habilita para decir que estamos explorando el inconciente.

Retomando el tema de los pacientes que me consultan, luego de las primeras entrevistas para evaluar qué es lo que podemos hacer, la respuesta no necesariamente es un análisis, podemos acompañarlo. Acabo de ver un paciente en duelo reciente que quedamos en vernos semanalmente, tal vez quincenalmente para ver como evoluciona ese duelo, porque probablemente no necesite análisis, pero veremos, no hay que darlo por hecho, lo mismo en una crisis adolescente, en una crisis de la edad media de la vida. En las entrevistas hay que ir construyendo el motivo de consulta y ver si necesita y que clase de tratamiento amerita.

Otra cuestión es: ¿Vienen a consultar o hacer un tratamiento? ¿Vienen a reflexionar sobre si mismos o a buscar resultados rápidos? Vienen, como decía un paciente, ¿a buscar un ámbito de intimidad confiable, como no lo encuentran fuera del consultorio? Yo le voy a pagar, decía, porque lo que puedo hablar acá no puedo hacerlo ni con mi mujer, ni con mi amante, ni con mi socio, ni con mis hijos.

Señalo dos particularidades de la consulta: a) que si bien no hay un paciente típico las patologías que vemos con más frecuencia tienen su base más en la escisión que en la represión. b) quiero dejar de señalar la dificultad que tienen los pacientes de hoy en instalarse, rasgo agudizado si no comprendemos adecuadamente su demanda.

Decía en un trabajo anterior que la psicopatología es una cuestión permanente y los síntomas son de la época. Hoy me cuestiono esta idea, porque creo que la injerencia de los medios, de la tecnología, de la escuela actual, de los padres, de los modelos familiares, modela y modifican la psicopatología misma. Si bien creo que quienes somos y el setting que construimos con un paciente generan las maneras de observar y

determinan una determinada manera de relacionarnos o algún estado mental entre muchos probables, creo que la transferencia se crea por la interacción entre las dos subjetividades. Con nuestro instrumento de observación –nosotros mismos, también en medio de la cultura- veremos al paciente desde una o más perspectivas. Recordemos que en la época de Freud la ciencia positivista decía que la Realidad era percibida a través de nuestros órganos sensoriales y que a partir de la introducción del principio de Incertidumbre en los '30, y aún en las ciencias duras, se cuestiona el concepto de realidad en función de los instrumentos con los que nos aproximamos a ella.

Todo proceso mental debe entenderse en su contexto: lo que observamos será el campo en el cual ambos jugamos. Y la analizabilidad no dependerá de los síntomas o de la psicopatología. La analizabilidad dependerá del vínculo que podemos crear y será lo único irrepetible y a veces una experiencia inédita -es decir no editada- para ambos. Sólo desde nuestra subjetividad podremos observar y sin duda lo haremos con mayor precisión si dejamos de lado los prejuicios que puedan aparecer en formas de teorías o como ideales de neutralidad.

Norberto hablaba de lo no representado y está el libro de los Botella que es muy interesante y extenso. Yo hice una referencia a éste libro en la revista www.aperturas.org Lo no representado aparece con palabras que yo anoto y que son, por ejemplo: *sensación de angustia, anestesiado, todo me da igual, palabras de pacientes o que construimos juntos. Sin objetivos, muerto en vida, desolado, a la intemperie me decía una paciente, vacío raro, extrañado, irreal*. Todo esto tiene que ver con la muerte y gira alrededor de la problemática del vacío que vos mencionaste. *Inexistente, viviendo dentro de un sueño, separado de la gente*. Creo que éstas expresiones tratan de dar cuenta de la despersonalización crónica tiene que ver con lo que vos decías de pulsión de muerte. Pero no me gusta hablar de la muerte como pulsión. Para mí no tienen mucho que ver, los llamo despersonalización crónica.

Nuestras taxonomías psicopatológicas nos resultan escasas para nominar algunos casos que vemos con frecuencia. ¿Dónde los ponemos hoy? Pienso que muchos de mis pacientes son *no neuróticos/ no psicóticos* y esto no quiere decir borderline que es una patología específica. No son caracterópatas obsesivos o fóbicos, tampoco vemos en ellos la crispación neurótica. No deliran, manifiestan muchas dificultades para vivir la vida. Lo digo así porque no sabría cómo decirlo, como lo dicen ellos o como lo construimos entre ambos y a veces tiene alguna enfermedad psicosomática. Tienen algo de insomnio, vacío quizás nostalgia, como dice Sabina, nostalgia de recordar algo que nunca existió, desinterés siempre acompañado de una percepción de inconsistencia. Pero evidentemente difieren de los motivos de consulta de los pacientes de hace 30 años atrás, no sé porque coincidimos con Norberto con los 30 años. No lo hemos hablado previamente.

Si la consulta no es por una urgencia, intento de suicidio, pánico, alcohol o drogas suelen ser por estado larvados inespecíficos, vagos, de insatisfacción, de humor cambiante. Un cuadro parecido a la depresión pero que se acerca más al vacío y al tedio que implica dificultades de pareja, laborales,

desorientación e incertidumbre muchas veces acompañado por una adicción crónica al alcohol analgésico o psicofármacos. Nos encontramos frecuentemente con impaciencia coherente con el medio social y que en general son poco dispuestos al esfuerzo a largo plazo y aceptar un vínculo estable y constante. Muchos pacientes son exitistas a la vez que exigentes y no consideran al analista como una figura de prestigio.. No nos consideran más con prestigio y autoridad. Tratan de establecer una relación más genérica y tardan en instalarse.

Describimos los pacientes que recibimos, pero...la cuestión es ¿que hacemos con ellos? Tenemos objetivos claros o más o menos claros: que el paciente se conozca, que no sufra tanto, que sea más armónico en sus diferentes formas de vivir. La cuestión es si sabemos cómo lo hacemos ¿Sabemos que hacemos y porque mejoran o no? En el trabajo de Jay Greenberg, que se presenta ahora en el Congreso de FEPAL 2014, plantea la cuestión de que nosotros sabemos menos de aquello que hacemos y cura, de lo que creemos a través de nuestras técnicas. Me decía un paciente a quien yo le pregunte después de unos años de tratamiento e inmediatamente antes del alta: *decime qué te interpreté que te movilizó*. Me respondió “lo que me interpretaste no me acuerdo”, -era un chico de 23 años que empezó a los 19-. Entonces qué crees que te ayudó a cambiar, Me dice: *Para mí fue la diferencia con la manera de hablar en mi familia. Yo cada vez que te decía algo vos esperabas un poco y después me hacías algún comentario, en mi familia todo era caos, se superponían cuando no se tiraban con algo*. Esto él lo marcaba como algo inédito, como algo vincularmente inédito que fue muy importante en la cura y en la organización mental de éste paciente, que me hizo revisar las teorías que hasta entonces tenía de la cura. Se me acabó el tiempo. Gracias