

Primera clase del curso de posgrado “Principios de la práctica clínica en Salud Mental”. Dirección del curso: Juan D. del Olmo, en el marco del Área de Docencia de Proyecto Suma.

La construcción del campo clínico.

del Olmo, Juan Daniel.

Cita:

del Olmo, Juan Daniel (2024). *La construcción del campo clínico*. Primera clase del curso de posgrado “Principios de la práctica clínica en Salud Mental”. Dirección del curso: Juan D. del Olmo, en el marco del Área de Docencia de Proyecto Suma.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/juan.d.del.olmo/19>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pSPW/59R>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

La construcción del campo clínico.

Juan D. del Olmo¹.

La delimitación de un campo.

En el ámbito psicoanalítico, el diagnóstico suscita pasiones encontradas. Por un lado, frecuentemente los espacios de supervisión se pueblan de preguntas y conclusiones que radican esencial o únicamente en ubicar al paciente en una categoría nosográfica. La invocación de Neurosis, Psicosis, Perversión, algunos eufemismos para comportarse de una manera honesta con las presentaciones clínicas contemporáneas sin romper esta clasificación de principios del siglo 20, o una suerte de psicopatología de segundo orden, con cuadros ad hoc, parecería una respuesta suficiente, como si este acto de nominación revelara un camino diáfano en el tratamiento de la subjetividad.

Contra este uso clarividente del diagnóstico, existe una militancia que lleva algunas décadas al menos en territorio hispanoamericano haciendo pie particularmente en la clínica infantojuvenil, pero no cerrándose en ésta. Una de sus proclamas, “los diagnósticos se escriben con lápiz” impresiona bastante rico. A diferencia de la tinta pesada y perenne de ciertos pronunciamientos certificados que presagian un destino ineludible, abre la posibilidad de considerar los padecimientos subjetivos de forma dinámica, incluso transitoria, en construcción, en donde la contingencia puede resultar acontecimiento: la intervención (la provisión ambiental, en términos winnicottianos) oportuna y a tiempo puede, si no modificar el diagnóstico, sí hacerlo con el pronóstico. Si no podemos curar, podemos aliviar.

Quisiera acentuar el foco sobre el acto de la escritura, el acto de evaluar, y llamar así la atención sobre los elementos con los que se cuenta para construir un diagnóstico y una intervención posible.

Postular que el diagnóstico se construye, conlleva que extraigamos a los fenómenos del padecimiento subjetivo de las cosas de la naturaleza, para contemplarlos con los lentes de la cultura, que siempre se encuentra localizada histórica y socialmente; observarlos desde una postura más cercana a la apercepción que a la percepción, más cerca de la observación participante que de la pretensión de objetividad. Aún más: la respuesta terapéutica se encuentra condicionada por la tecnología disponible, por los saberes disponibles y las representaciones sociales. Alcanza con recorrer pocas décadas entre mediados del siglo veinte y las que van de este milenio para comprobar y comparar los modos de enfermar, de conceptualizar, explicar y tratar los tipos clínicos en salud mental.

¹ Primera clase del curso de posgrado “Principios de la práctica clínica en Salud Mental”. Dirección del curso: Juan D. del Olmo, en el marco del Área de Docencia de Proyecto Suma. Mayo de 2024. Contacto: juandelolmo@gmail.com

Al diagnosticar, construimos el campo clínico, definimos y delimitamos el problema que se volverá el objeto de nuestra atención: qué escucharemos y sobre qué iremos a intervenir. Configuramos una suerte de campo quirúrgico.

Este elemento de uso hospitalario se trata de una tela con la que se cubre a la persona en posición de paciente, que posee una abertura claramente recortada que deja al descubierto la zona que será intervenida por el equipo médico. Es, en definitiva, una superficie que esconde y revela al mismo tiempo, que enfatiza una parte del cuerpo, la vuelve digna de atención, a la vez que relega, oculta y silencia otras.

La implementación de este campo posee un fundamento sanitario claro: prevenir infecciones e injerencias no deseadas que ensucien el área de trabajo. Ahora, en los terrenos de la subjetividad, ¿resulta posible o incluso beneficioso este aislamiento? ¿No nos vemos confrontados a presentaciones “ensuciadas” por elementos tanto sociales como biológicos, más narrativos y menos fasciculares? El cuerpo mismo, señaló Freud tempranamente a propósito de las parálisis histéricas en diferencia de las orgánicas, está formateado por historias y afectos.

Nuestro campo clínico trata de asir un fenómeno extenso e intenso, a veces de difícil delimitación, lo suficientemente complejo como para ser abordado por miradas y saberes terapéuticos limitados de forma estructural (lo histórico social) y contingente (particularidades de esa atención particular). La acotada capacidad de respuesta que pueda tener un psicoterapeuta no representa un problema grave, en la medida en que pueda ser consciente de ello e implementar el manejo adecuado (del Olmo, 2023) y la ampliación del campo clínico con otros que sí puedan, o por lo menos, con otros con quienes poder pensar de una manera más consistente.

Un diagnóstico suficiente.

La construcción de un diagnóstico suficiente, que no sea etiqueta pero que tampoco prescinda de orientaciones generales que permitan operar, se desarrolla a partir de la configuración de un campo clínico que aloje las sutilezas de la singularidad de la situación que habita quien nos consulta.

Hacia 1962, Winnicott presenta en la Sociedad Británica de Psicoanálisis su (hermosísimo) artículo *The aims of psycho-analytical treatment*, traducido al español como *Los designios del tratamiento psicoanalítico* o *Los fines del tratamiento psicoanalítico*. Allí brinda su mirada particular sobre la posición del analista, la función de la interpretación en la práctica, y algunos elementos para diferenciar y decidir si la situación clínica que llega a consulta amerita un análisis estándar (“clásico”) o uno modificado. El psicoanálisis cuenta con antecedentes de largas discusiones en sus primeros y no tan primeros (en ciertos ámbitos, aún actuales) tiempos respecto de los criterios de analizabilidad y la selección de candidatos de analizantes. Primariamente, Freud había ubicado una población específica (un diagnóstico específico) como la destinataria de su flamante dispositivo: personas adultas neuróticas y burguesas. En pocos años y con la colaboración de otros pensadores, estas fronteras se expandieron

con la incorporación de nuevos encuadres y avances teóricos y técnicos sobre otros tipos clínicos y escenarios de tratamiento.

Este Winnicott de 1962 extiende el campo de acción de la práctica analítica hacia algunas presentaciones que requieren un manejo diferente al de las neurosis. Destaca las siguientes:

- 1) la *pregnancia del miedo a la locura* en el cuadro: es decir, situaciones en las que aparece con toda urgencia la inminencia del derrumbe del self o del desbancamiento del yo;
- 2) *un self falso que se ha vuelto exitoso*, una vida en la cual la sumisión a las injerencias exteriores ha ahogado las mociones personales y ha estereotipado los modos de relación, conservando una estabilidad del self en desmedro de la creatividad y la espontaneidad, con el consecuente empobrecimiento de experiencias;
- 3) la presencia de *una tendencia antisocial*, como reivindicación opaca y difusa de la injuria que uno ha padecido, tal como la sustracción de cuidados y bienestar por parte de otro, asimétrico, que ha des-cuidado activamente;
- 4) *una disociación entre el mundo exterior y el interno*, con la ausencia de una instancia intermedia que los dialectice y permita el juego de crear lo dado;
- 5) *la dominancia de una figura parental enferma*. Un enunciado sumamente intrigante. ¿Se refiere Winnicott a la figura parental objetiva, exterior, que se encuentra atravesando alguna enfermedad física o un padecimiento psíquico? ¿Se refiere al campo de las representaciones, las figuras parentales internalizadas, las imagos paterna y materna? ¿Cuál sería el índice de salud, qué sería lo enfermo en este caso: la huella de la disponibilidad afectiva? ¿Estará haciendo referencia a la cualidad facilitadora u obstaculizadora del ambiente, ya sea real o internalizado (representado, fantaseado)?

Ninguno de los elementos de esta serie representa un diagnóstico psicopatológico estructural. Sería interesante producir una estadística, al menos personal, que pueda discernir cuántas de las consultas que recibimos involucran un tipo nosográfico; cuántas, avatares de la construcción de lo que podríamos llamar posición subjetiva, personalidad, carácter, forma de vivir y hacer las cosas (sobre todo cuando la extensión de algunas categorías, como “la histérica”, o “el obsesivo”, vienen a designar esta relación con el Otro, antes que cuadros de sufrimiento como los retratados por Freud); y cuántas, eventos, hitos biográficos y crisis vitales.

En *Objetos transicionales y fenómenos transicionales*, Winnicott brinda una definición negativa, brevísima y contundente, del concepto de madre suficientemente buena: esta madre es la que no es demasiado persecutoria ni demasiado intrusiva. Con esa medida del *no demasiado*, casi a ojo como si remitiera a una receta de cocina, basada en el conocimiento empático y experiencial, se va tejiendo el entrevero de la provisión y

la frustración, ambas facilitadoras del desarrollo emocional primitivo. Con su claridad meridiana, Winnicott afirma que la adaptación perfecta se parece a la magia, volviendo al otro poco más que una alucinación para el infans. La frustración mediatizada por una falla ambiental medida contribuye al fortalecimiento del principio de realidad, e incluso al desarrollo del cuidado autónomo.

Hacer un uso suficiente del diagnóstico podría pensarse en al menos dos líneas: la primera, el diagnóstico no debería resultar una sentencia ontológica, y en tanto tal, persecutoria. En segundo término, para hacer del diagnóstico un campo clínico necesitamos complejizar la pregunta para que no pueda ser respondida solamente con un adjetivo o atributo, sino a través de una situación: una situación de la cual el terapeuta forma parte.

Resaltemos: un diagnóstico suficiente no se cierra en una definición; se abre a una escena.

La escena.

Casi como un axioma, la afirmación “el diagnóstico es en transferencia” nos aproxima al método de investigación previamente mencionado: la observación participante.

La conceptualización freudiana de la transferencia como la reedición de mociones infantiles sobre la figura del tratante, señala que esta dinámica funciona simultáneamente como motor y resistencia al tratamiento. Esta actualización, refiere Klein, atañe también a conflictos y ansiedades de los modos en los que se ha atravesado por las posiciones esquizoparanoide y depresiva. Con Winnicott, nos encontramos con que estas mociones proyectadas y estos conflictos no se refieren únicamente a la dimensión del deseo en la problemática edípica: incluyen a las necesidades del yo, a las condiciones para la funcionalidad para dicha instancia psíquica y para el asentamiento de la vivencia de ser. Las vicisitudes de la dependencia.

Nos encontramos entonces con que el territorio de la transferencia se extiende más allá de la elucidación de un pasado reprimido que se repite, al cual se desentierra con interpretaciones y construcciones. Quienes vinieron después de Freud, observaron con suma atención las singularidades de la constitución subjetiva, algo que el pionero austríaco daba por sentado. Con sus contribuciones, contemplaron y abordaron procesos de subjetivación no siempre suficientes. En estas situaciones, se vuelve imprescindible que el analista incorpore algunos elementos en su caja de herramientas que involucren su presencia en los tres registros: simbólica, imaginaria y real.

A partir de esas reflexiones, la participación del analista en la escena de tratamiento ya no resulta inocua para la actualización de las problemáticas de la situación clínica que se despliegan en función del consentimiento y de la disponibilidad del analista a recibirlas y soportarlas, en la vertiente de hacer de soporte y en la de tolerarlas. Es decir, para la configuración de la transferencia. Durante una conversación,

un colega me dijo que la contratransferencia precede a la transferencia. Entendiendo a la primera en un sentido amplio, estaría de acuerdo.

Una vieja discusión promovida por Freud tomaba como metáforas elementos del campo artístico: la vía de porre y la vía de levare como modos de intervención han conducido a un distanciamiento no exento de tinte moral, más académico que clínico, entre la práctica denominada sugestiva y la interpretativa. De acuerdo con el segundo modelo, el analista escultor descubre la forma subyacente bajo las capas del mármol, proponiéndose como un traductor objetivo de un saber inconsciente del paciente. En el primer caso, el analista pintor maquilla al yo, adiciona, se ofrece como fuente de saber. Esta diferencia llevó a consecuencias institucionales durante el siglo XX, confirmando una ortodoxia del corpus psicoanalítico y una discriminación de los analistas migrados hacia Estados Unidos, quienes fueron identificados como parte de una escuela que incluso perdió la referencia al psicoanálisis en su propio nombre: Ego Psychology (Psicología del yo). No me expediré sobre los méritos o no de dichos profesionales para tal segregación.

También podemos incluir una tercera opción, más contemporánea: el analista garabateador, el que recibe y atestigua la moción subjetiva y la acompaña en una construcción colaborativa de figurabilidad de aquello inconsciente a causa de represión o por no inscripción. La pretensión de objetividad y del locus de saber quedan en segundo plano, y se resalta la importancia de la producción subjetiva en ese *espacio entre* paciente y terapeuta (la superposición de zonas de juego, en palabras de Winnicott): del descubrimiento y de la creación.

Bibliografía.

del Olmo, J. D. (2023): El campo conceptual de handling en Winnicott: manipulación manejo, administración del tratamiento. XXXI Encuentro Latinoamericano del Pensamiento sobre Donald Winnicott. Sociedad Colombiana de Psicoanálisis y Board del Encuentro Winnicott, Bogotá.

Winnicott, D. W. (1962): Los fines del tratamiento psicoanalítico. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós.

Winnicott, D. W. (¿1963?): El miedo al derrumbe. En *Exploraciones Psicoanalíticas 1*. Paidós.

Winnicott, D. W. (1971): Objetos transicionales y fenómenos transicionales. En *Realidad y Juego*. Gedisa.