

La clínica virtual

Horacio C. Foladori¹

Este trabajo reúne una serie de observaciones sobre mi práctica analítica online tanto como acerca de la experiencia reflejada por este dispositivo en los espacios de supervisión clínica, también online.

Comenzaré por detallar la construcción del dispositivo de investigación para el trabajo psicoanalítico. He tratado de pensar un encuadre que pueda reproducir algunas de las constantes que se establecen en el modelo clásico presencial.

1. Le indico al paciente que él debe llamarme por el canal acordado y que yo establezco (Skype, Meet, Whatsapp, etc.) , y si internet se cae voy a esperar que sea él que me vuelva a llamar. Esto supone sesiones fijas y horarios también establecidos.
2. Le señalo que una vez establecida la conexión yo apagaré mi cámara, la que restituiré al finalizar la sesión, para la despedida. El paciente entonces le habla a una pantalla negra.
3. El paciente deberá permanecer durante la sesión con su cámara encendida.

El resto de las disposiciones siguen el encuadre habitual. El pago se hará por transferencia bancaria según las sesiones que se han tenido y posteriormente, yo le envío a su vez la boleta de honorarios.

El dispositivo online es productor de una serie de efectos a tomar en cuenta. Veamos solo algunos.

¹ horacio.foladori@gmail.com

A. El primer punto a considerar dice de que va a ser el paciente y no el analista que se haga cargo de disponer el espacio de sesión, realizar el recorte de lugares (adentro-afuera) (público- privado íntimo). Así, el paciente determina si el mejor lugar para sus sesiones es su escritorio, el living, la terraza, el baño o incluso su vehículo en el estacionamiento o detenido en una ruta local o sentado bajo un árbol en un parque. Aparece también el cambio de lugares como una manera de garantizar intimidad. No es raro que los hijos, las mascotas u otras personas en ocasiones interrumpen el espacio de sesión, lo que corresponde ser señalado y trabajado analíticamente. Sin embargo en casos de hacinamiento permanente o parcial producto del confinamiento, el paciente pudiera no encontrar un espacio que le brinde mínimas garantías para tener sus sesiones y esto puede ocasionar pérdida de profundidad en el análisis, poca concentración y un desarrollo “como si” se analizara, ya que está pendiente de algo más que de asociar.

No creo que el analista tenga que pretender normar un espacio de análisis que no controla a diferencia de su consultorio que responde directamente a su responsabilidad.

B. A lo anterior hay que agregarle el asunto de la ubicación del cuerpo del paciente con respecto a la cámara. Pacientes que habían comenzado presencialmente con el diván se las ingenian para recostarse frente a la cámara. Otros se mantienen sentados o reclinados donde puedan hacerlo. Hay que agregar que al paciente solo le vemos la cara, sensible disminución de reacciones corporales en el discurso.

En general estos aspectos, en la medida en que se convierten en costumbre, dejan de incidir en el proceso analítico, son parte de la

forma de funcionar, el paciente los respeta y cuida a su vez su espacio.

C. Mas complejo es el asunto de la distancia. La pantalla genera una doble distorsión. Por un lado el paciente y el analista están más cerca, mucho más cerca, lo que autoriza preocupaciones y acciones diversas. Por otro, la distancia de internet puede ser casi infinita. ¿Donde está el paciente? Pero en todos los casos hay que considerar que la pantalla funciona como elemento protector de fantasías de ataque por parte del paciente como por parte del analista (retaliación). Se observa que esta variación de la distancia en ciertos casos autoriza a que mecanismos defensivos se tiendan a relajar y el paciente pudiera animarse a decir cosas que no diría en presencia real (siempre y cuando tenga la certeza de que alguna otra persona de la casa no lo está escuchando). Esto tiene que ver específicamente con manifestaciones agresivas y eróticas. Y creo que esto es válido tanto para pacientes como para analistas. Por ejemplo, las manifestaciones de la transferencia y de la contratransferencia erótica pueden encontrar más aceptación mediado por la pantalla.

Pero también la pantalla introduce una cierta distancia en lo afectivo. Pacientes que abrazan la fantasía de un contacto más acogedor se sienten frustrados ante la frialdad del computador, y aquellos que han experimentado la presencia fáctica extrañan un mayor contacto, mayor cercanía física, al punto que demandan al analista el retornar al espacio de consulta. Esta demanda también se apoya en otras razones como veremos.

Un último detalle, el vínculo online es más frágil que el presencial, depende de un click para que se sostenga y para que exista.

D. El trabajo analítico realizado por internet disuelve ciertos espacios de elaboración imprescindibles. Me refiero a que hay una serie de tiempos alrededor de los traslados al consultorio y del consultorio durante los cuales el paciente reflexiona directa o indirectamente en lo que prevé para su sesión o acerca de lo acontecido en la misma. Cuando todo se transforma en un entrar o no a encuentros online, este tiempo no existe ya que la sesión se sitúa muchas veces en una secuencia de “encuentros virtuales” que tienen que ver con el trabajo-online o con el diálogo explícito o tácito con otras personas. No hay entonces espacios de preparación o de reflexión posterior que alimentan el fantaseo y que son necesarios para la elaboración. La sesión entonces se convierte en una actividad más a ser “palomeada” en una secuencia de contactos virtuales o “pedidos” de productos online. Se ha roto así la rutina de ir a sesión, por ello es que también los pacientes pueden solicitar el retorno al consultorio para rescatar estos espacios del antes y después de la sesión que le resultan necesarios porque son tiempos de elaboración. De acá surge una pregunta a mi juicio importante: ¿Cómo diferenciar claramente el encuentro terapéutico de todos los otros encuentros online que el paciente pudiera tener? Me parece que dicha preocupación del analista es clave ya que los espacios tienden a confundirse.

E. Por otra parte, el que el paciente disponga el *setting* plantea algunas ventajas y nuevos problemas a ser pensados. Que el paciente se tenga que hacer cargo de diseñar un espacio

íntimo, propio y psicológicamente cerrado (más que cerrado físicamente, por ejemplo en el caso de un edificio donde las paredes son finas y se vive en hacinamiento) se trata de algo positivo ya que el paciente ha de resolver problemas del cotidiano para poder tener su sesión segura. Por otro, hay una serie de mensajes que el paciente envía a su analista por medio de todo lo que el dispone para que sea visto de su hábitat y sobre lo que muchas veces no se analiza suficientemente. Muebles, fotos, disposición del espacio, ropa, juguetes, etc., están allí visibles para el analista, como objetos del mundo interno del paciente, efectos de un proceso de selección que aún no encuentran palabra para ser nombrados. Es el “decorado” que ya no es aquel de la consulta, sino de un paciente que se presenta disociado en todos aquellos objetos donde ofrece aspectos de sí. Esto no es algo que el paciente trae y se lleva sesión a sesión, es algo que hay, que dice directamente del paciente y que pertenece al orden de lo pre verbal. Aspectos del paciente están representados por todos esos objetos, cuestión que a veces es dejada de lado en el análisis que centrado en la escucha omite aquellos elementos que también son parte del discurso del paciente. Y por ello es que el analista debe poder ver al paciente.

- F. Se ha comentado bastante el asunto de la pérdida de las rutinas diarias efecto del confinamiento y de la pérdida de los límites entre mundo interno y mundo externo. Las rutinas son importantes para mantener al Yo activo en el mundo exterior, esto es que esté pendiente de resolver los problemas del cotidiano, más que vuelto hacia la interioridad fuente de ansiedad y de preocupaciones que absorben al yo en su conflicto con el ello.

El rompimiento de las rutinas (la necesidad de contar con sistemas sociales, diría Jacques) introduce una confusión entre mundo interno y mundo externo. El confinamiento hace que todo transcurra en la casa o en el departamento, el mundo externo tiende a desaparecer o a reducirse a lo que indica el televisor. Por tanto, todo lo que ocurre tiende a conformarse como mundo interno lo que puede observarse en que cierta depresión se puede instalar y dificultar el “levantarse” cada mañana porque igual no es necesario ya que todo se puede hacer desde el computador.

G. Las caídas de internet son claramente motivo de angustia tanto para el analista como para el paciente: atentan contra la fragilidad del vínculo y sobre todo lo muestran. Si bien con el tiempo pasan a constituir una falla que no adquiere mas importancia que la necesidad de preocuparse por ella y buscar la restitución del servicio, no hay que perder de vista que la tecnología tiene todas las características de un cordón umbilical que pone sobre el tapete fragilidades primarias como no aparecía con tanta claridad en el sistema clásico. La fragilidad del vinculo online puede ser utilizado como excusa para justificar resistencias, tanto del paciente como del analista. En todo caso, noto que la incertidumbre eleva los niveles de angustia en las sesiones a lo que hay que agregar que la pandemia no deja de insistir en ello en el mundo exterior lo que afecta a paciente y analista.

H. Diría que el dispositivo online como lo he descrito va a centrar la atención del paciente en su escucha de forma relevante. Si bien hay pacientes que en el dispositivo presencial muchas veces se dan vuelta a mirar al analista o le preguntan si lo está escuchando, en este caso para el dispositivo online la única información que el paciente tiene de su analista es por la vía del audio. En tal sentido el paciente está extraordinariamente

alerta a todos los sonidos que se puedan producir en el área del analista. Así, aumenta la frecuencia de preguntas directas en dos líneas: la primera y la más primitiva para saber si el analista existe, vale decir si el paciente no se encuentra hablando solo. En segundo lugar, si el analista está escuchando. Estas dos líneas de preocupaciones se deslizan sobre aquella instrumental: si hay conexión. Me ha sorprendido la habilidad desarrollada por los pacientes para detectar este quiebre de la comunicación en cuanto se produce y sus inmediatos intentos para subsanar la falla.

- I. Un último aspecto a considerar: Kaës sostiene que ya que es el dispositivo el que crea el objeto de investigación, lo que se produce como inconsciente en los dispositivos individual, de pareja, de familia, grupal, etc., presenta matices claramente diferentes en cada caso. Por ejemplo, un paciente que tiene sesiones de manera individual no habla de los mismos temas, ni pone los mismos énfasis cuando se presenta en un dispositivo terapéutico de pareja. Importan otras cosas, aborda sus problemas de otra forma, sus mecanismos defensivos se movilizan de otra manera. Esta puede ser una larga discusión apasionante por cierto, pero lo que acá nos interesa es dilucidar que es lo nuevo inconsciente que el dispositivo online produce, cuáles son sus alcances, como se estructura. En suma, cuáles son las características de lo inconsciente que podemos visualizar por medio de este dispositivo virtual y que no era detectable en el dispositivo clásico, tanto como aquello que perdemos.
- J. Hay dos fantasías que pueden irrumpir en el proceso de análisis y que obviamente tienen un valor defensivo. La primera es la del video juego y la segunda es la del porno. En ambos casos se trata en general de prácticas habituales del

paciente que se refugia en lo conocido para evitar las angustias ocasionadas por el encuentro terapéutico. Esta es una de las razones por las cuales es conveniente que el paciente se pueda enfrentar a la pantalla en negro como ya fue señalado al inicio cuando se definió el dispositivo de trabajo.

Otro problema del uso de la pantalla tiene que ver con que el analista esta viendo su propia imagen cuando interviene, tal cual un espejo, ya que el programa de video dispone también de una ventana con la autoimagen. Hay aquí un complemento narcisístico que es conveniente que sea evitado por cuanto no solamente distrae la atención del analista sino que además lo induce a adoptar modalidades, actitudes, ángulos de visión, etc. , que pudieran contaminar la interpretación con cierto auto-show escenificado. ¿A quién finalmente le habla el analista, al paciente o a sí mismo?

Una última reflexión. Los dispositivos online sin duda han democratizado el acceso a tratamientos terapéuticos diversos si bien no aún de la manera que sería deseable. Puede mencionarse el caso de como respuesta al estallido social y a la demanda de atención que ello implicó producto de la lucha contra carabineros, hubo un sector de personas muy afectadas por los daños físicos y por las angustias intensas que los enfrentamientos produjeron, que por una cuestión de clase social no estaban dispuestas a asistir a los consultorios psicoanalíticos ubicados al oriente de Plaza Dignidad, en el llamado barrio alto. Sin embargo, estos luchadores sociales pudieron recibir atención online de manera expedita a partir de una red de terapeutas psicoanalíticos que Pilar Soza organizó en dicho momento. Estas experiencias gratuitas dejaron significativas y hondas reflexiones a todos los que participaron en ellas, ya que

se trataba de atender a un sector social habitualmente excluido de este tipo de servicio.

Demás esta decir que hoy por hoy y gracias a esta tecnología cualquier persona pudiera analizarse con quien así lo deseara situado en cualquier parte del planeta, así como supervisar también su práctica clínica con la persona deseada.

Tal vez estemos un poco mas cerca del sueño de Freud de poder poner el psicoanálisis al servicio de las grandes masas.