

FINAL DE ANÁLISIS EN CLÍNICA CON ADOLESCENTES

Marcelo Luis Cao*

*El que tenga una canción tendrá tormenta
el que tenga compañía soledad
el que siga buen camino tendrá sillas
peligrosas que lo inviten a parar.
Pero vale la canción buena tormenta
y la compañía vale soledad
siempre vale la agonía de la prisa
aunque se llene de sillas la verdad.*
Silvio Rodríguez

En el campo del psicoanálisis hay cuestiones que conservan una vigencia polémica. Una de ellas es la validación de los analistas, temática para la cual históricamente se diseñaron dispositivos específicos (desde el análisis didáctico hasta el pase, los cuales fueron parcialmente reemplazados a raíz de sus limitaciones por la autovalidación). Otra cuestión, la que nos compete en este caso, es la del final de análisis. Ambas no se corresponden sólo a puntos de vista técnicos, sino que también acarrear cuestiones ideológicas, es decir diferentes maneras de conceptualizar y encarar la llamada dirección de la cura y sus vicisitudes asociadas.

Apelemos en primer lugar a la etimología. Final significa que remata, cierra o perfecciona algo. También se lo define como término y remate de algo, o bien, como última y decisiva competición en un campeonato o concurso. Por su parte, finalizar alude a concluir una obra, a darle fin. Dicho de una cosa: extinguirse, consumirse o acabarse. La finalización puede, entonces, cargar con la idea de completud, algo finaliza cuando esto se completa. O, también, le puede corresponder la idea de extinción, lo cual puede verse como un ciclo que se cierra, es decir, que su extinción simplemente determina una interrupción. Aquí viene en nuestra ayuda aquella máxima no escrita del oficio de la arquitectura: las obras no se terminan se interrumpen, porque es imposible llevar a un puerto final todas las terminaciones.

* Psicólogo. Miembro Activo de la AAPPG. Profesor Adjunto en la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Adolescentes de la UCES. Supervisor del Equipo de Adolescentes del Hospital Zubizarreta. Página Web: www.marceloluiscao.com.ar

Por su parte, *Análisis Terminable e Interminable* es un escrito de neto corte pesimista, en tanto destaca centralmente las limitaciones y los obstáculos que acechan al trabajo terapéutico. En este sentido, los factores sobre los que hace hincapié son la intensidad constitucional de las pulsiones y la debilidad yoica frente a los procesos fisiológicos (como la pubertad, la menopausia y las enfermedades). Sin embargo, el estorbo mayor es la propia pulsión de muerte, no sólo por las resistencias que genera sino también como la causa final del conflicto anímico.

A pesar de su tono pesimista aporta tres elementos que podrían coadyuvar en el éxito de la terapia: pronóstico más favorable en casos de neurosis traumática que en los de carácter constitucional, las dolencias psíquicas derivadas de las cuestiones cuantitativas y las alteraciones del yo (reemplazando las que históricamente se constituyeron como defensas por las que genera el propio tratamiento). Asimismo, volviendo a las limitaciones enfatiza la Imposibilidad de abordar un conflicto que no sea actual. Descarta así la posibilidad de una profilaxis psicoanalítica y advierte sobre las espinosas vicisitudes de la disolución de la transferencia.

Tal como podemos apreciar en esta síntesis la temática del final de análisis atravesó desde su temprana aparición por una serie de marchas y contramarchas. Es en este sentido, que el último Freud (en tanto *Análisis Terminable e Interminable* fue publicado en 1937), nos dejó la pesada herencia de una irresolución. Si partimos desde la temprana propuesta de trabajar durante seis meses seis días a la semana, pasando por la intempestiva interrupción de Dora, hasta el final anticipado para el Hombre de los Lobos esta irresolución aparejó un conjunto de incertidumbres que intentaron conjurarse tanto de manera ritual y esquemática como de manera innovadora y creativa. Es que, al final de cuentas, los análisis llegan a término por el peso específico que ejercen ciertas razones, pero paradójicamente podrían también continuar su curso amparados por la vigencia de las mismas razones. Por tanto, la pregunta que sigue girando sin un anclaje preciso tanto en la teoría como en la práctica es cuándo debe darse por terminado un tratamiento, en este caso en la órbita adolescente.

Hace tres décadas atrás la *Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados* publicó un número titulado "Criterios de curación y objetivos terapéuticos en el psicoanálisis". Allí destacados psicoanalistas daban cuenta desde su emplazamiento teórico cuáles eran las pautas que los guiaban hacia el fin de análisis. César Merea planteaba los objetivos de la cura en Freud poniendo en foco el necesario fortalecimiento del yo

(a raíz de su falta de unidad), y en la búsqueda de la confrontación de la verdad material con la verdad histórica y la fantasía. Esperaba arribar así a la ausencia de síntomas, a una vida sexual satisfactoria, a buenas relaciones interpersonales, capacidad de trabajo y sublimación. Asimismo, depositaba en el proceso terapéutico el estímulo para que el paciente soñara, asociara, permitiera la emergencia de recuerdos infantiles, tuviera insights y recircularan sus afectos. Y como corolario: actividad autoanalítica, disolución de la transferencia y aceptación de lo no curado.

Por su parte, Elizabeth Tabak daba cuenta de esta perspectiva desde Klein. Planteaba que la base de la salud mental es una personalidad bien integrada, es decir, madurez emocional, fuerza de carácter, capacidad de manejar emociones conflictivas, equilibrio entre la vida interior y la adaptación a la realidad y una fusión exitosa entre las distintas partes de la personalidad. Se podía considerar terminado un análisis de niños, de adolescentes o de adultos si hubo un adecuado trabajo en la elaboración de las situaciones primitivas de ansiedad (integrar las pulsiones destructivas, atenuar la acción peligrosa del sadismo y de la envidia), dejando a la persona analizada en condiciones de reelaborar por su propia cuenta las nuevas situaciones de ansiedad que se van a presentar en el curso posterior de su vida. Asimismo, la noción de reparación es central como criterio de curación o terminación de análisis en la medida que se acepten los sentimientos de pérdida, en tanto que en el mundo interno se pueda reencontrar reparatoriamente el objeto perdido.

Para la línea lacaniana, representada por Juan Carlos Indart, la cura es una suerte de beneficio secundario, algo tangencial, una añadidura. Plantea que lo que es cura para unos es enfermedad para otros (una pregunta que se hace Lacan es si se podría decir que alguien está curado cuando al final del tratamiento decide volverse religioso o policia). Por otra parte, afirma que el análisis sea interminable no es gratuito, ya que no lleva a la extinción definitiva de los síntomas. Estos persisten al igual que las formaciones del inconciente, por lo que podríamos llamar cura a la sustitución de los síntomas que el paciente vive dolorosamente por otros que pueda vivir más ligemente. Por lo tanto, si los objetivos del análisis se plantean en torno del síntoma, entonces este girará alrededor de alivio y el análisis permanecerá interminable. De esta forma, no hay salida de la neurosis, el deseo continúa bajo su forma de insatisfacción histórica o de imposibilidad obsesiva, siendo el resultado final una neurosis más o menos benigna según el sistema de ideales en juego. No obstante, como el tema no es el deseo sino el objeto causa de deseo (el otro con minúscula), el final del análisis se juega en el atravesamiento del

fantasma, que no genera alivio y que además no es valorable desde ningún sistema de ideales.

Después de sopesar estos desarrollos podríamos preguntarnos si son aplicables en alguna medida a la clínica con adolescentes y a las vicisitudes de sus desenlaces. La respuesta es rotundamente no. Es que para que los habitantes del Planeta Adolescente estén dispuestos a subirse al tren que los llevará a una trasmutación irreversible (trasmutación que inevitablemente queda solapada con el propio proceso de la metamorfosis juvenil), el encuadre, las intervenciones y el mismísimo fin de análisis han debido sufrir una serie de trastocamientos¹. Ya no es posible sostener una postura hierática ni un amiguismo engañoso, la diferencia generacional debe jugar su papel simbólico no sólo en la transferencia sino también en la construcción de un vínculo que sostenga el proceso terapéutico. Todos somos sujetos de nuestro tiempo y más aún los adolescentes, que más allá de su voluntad y a través de su imaginario hacen las veces de una lente de aumento de la dinámica societaria². Por tanto, es necesario adecuarse a su ecuación emocional, vincular, cultural e histórica.

Veamos qué sucede en la clínica con adolescentes cuando se perfila la finalización del tratamiento. En la medida que esta temática transite de manera conciente puede surgir un acuerdo explícito entre ambas partes para cerrar el ciclo. De lo contrario, el desacuerdo puede irrumpir a partir de las producciones inconcientes provenientes del propio vínculo³. En este sentido, cuando no surge un acuerdo explícito para cerrar el ciclo del tratamiento las vicisitudes de la labor clínica se erigen, una vez más, como una brújula que nos indica el norte magnético de los respectivos posicionamientos subjetivos del paciente y del terapeuta. Es a través de las oscilaciones que generan estas vicisitudes donde descubrimos ya con cierta anticipación, ya súbitamente, que algo ha dejado de funcionar en el vínculo. Esta disrupción en la dinámica vincular puede expresarse por parte del paciente como falta de interés o de colaboración, como cansancio, o bien, simplemente como una pérdida del deseo de seguir tratándose. A la sazón, lo que históricamente se hubiera considerado como una pura y dura resistencia cobra ahora otro significado

¹ Cao, Marcelo Luis: (2009) *La Condición Adolescente. Replanteo intersubjetivo para una psicoterapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Edición del autor, 2009.

² Cao, Marcelo Luis: (1997) *Planeta Adolescente. Cartografía psicoanalítica para una exploración cultural*. Buenos Aires: Edición del autor, 1997.

³ Kaës, René: (1993) *El grupo y el sujeto del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.

incluso cuando el paciente pronuncia la famosa frase: “quisiera probar un tiempo solo”.

No obstante, esta no habrá de ser la única expresión de la crisis que atraviesa el vínculo. El terapeuta, por su parte, también puede llegar a sentir cierta fatiga a la hora de llevar adelante el tratamiento debido al quite de colaboración del paciente. Asimismo, puede caer en las redes de la impotencia cuando descubre que sus recursos no hacen mella en la supuesta resistencia del adolescente. Y, más aún, en la línea contratransferencial puede comenzar a distraerse o a dormir en medio de la sesión cuando su propio interés empieza a decaer, especialmente si no es reconocido concientemente. Ni hablar de la sensación de fracaso con su concomitante vertiente depresiva que puede instalarse y transmitirse (o, peor aún, proyectarse), iatrogénicamente al paciente.

Tal como puede observarse, los obstáculos en la dinámica vincular surgidos de la negación, de la represión, o bien, de la desmentida de la crisis en ciernes, comienzan a multiplicarse y a generar efectos que pueden desembocar en algún tipo de actuación por parte del paciente, o bien, del propio terapeuta. Un clásico ejemplo es el enojo por parte de uno o de ambos miembros del vínculo frente a la incompreensión que desata la paulatina disolución del canal de comunicación que todo narcisismo herido de gravedad precipita frente a una instancia de abandono o de pérdida.

Nos encontramos, entonces, frente a una encrucijada ¿La interrupción acordada o precipitada de un tratamiento con adolescentes constituye algún formato o figura asimilable a un fin de análisis?

Por ende, y para no quedar varados en la trampa de una lógica maniquea, deberemos salir del encierro que produce tanto una ciega adhesión a una vetusta liturgia psicoanalítica como a la ruptura iconoclasta que nos haga perder el hilo de Ariadna que conecta los desarrollos más tímidos con los más arriesgados.

De este modo, para encarar la temática en cuestión prefiero, entonces, situarme desde la perspectiva de la noción de interlocutor. En este sentido, a lo largo de la vida de los sujetos se impone la presencia de un conjunto secuencial de interlocutores, éstos pueden encarnarse en la figura del padre, del amigo, de la pareja, del terapeuta, de alguna aparición providencial o karmática tan cara a ciertas literaturas y filmografías⁴. Y, más aún, el interlocutor puede llegar a ser un libro (*Fahrenheit 451* es su metáfora literaria), una

⁴ Podemos citar aquí, entre otros, a Castaneda, Chopra, Kieślowski, Wenders, Tarcovski, etc.

canción (la *Marsellesa*, trágicamente actual), una pintura (el *Guernica*, como obra de arte del horror), una idea (“Proletarios del mundo uníos”, hoy en desuso), un objeto (Mr. Wilson, la pelota con la que interactuaba Tom Hanks en el film *Náufrago*), etc.

No obstante, en esta ocasión el caso que nos compete es el del terapeuta de adolescentes. A la sazón, ¿cuándo éste deja de ser un interlocutor válido para su paciente? ¿Quién define finalmente esta situación (el adolescente, el propio terapeuta o ambos)? ¿Cómo se asume este posicionamiento subjetivo y qué se hace en consecuencia?

Estas preguntas pierden su tono dramático si el trabajo clínico con adolescentes se plantea por ciclos. A partir de la instalación de este eje en la dinámica vincular la situación pierde su condición de percance (otra silla peligrosa en el camino, parafraseando al poeta), para transformarse en una ventaja. Ya no es necesario velar por el final porque éste se presenta por su cuenta, ya desde la evidencia transferencial como desde el oscuro llamado de la contratransferencia. Asimismo, como ya planteara, desde el deseo del paciente y, atención, también desde el deseo del propio terapeuta.

He presenciado y participado de muchos fines de análisis (incluyo en la cuenta los que atravesé como paciente), y en todos he podido palpar que lo que se termina es la interlocución y no el análisis. El análisis, tal como planteaba Winnicott, continúa en tanto la función analítica se encarna en un personaje interno, aquel que continua conduciendo el proceso de individuación hasta la aparición del nuevo interlocutor. Sin embargo, para poder sostener esta perspectiva es necesario adherir a la idea de que la vida es un conjunto secuencial de ciclos con sus respectivas crisis⁵, en los cuales la presencia del interlocutor se hará patente más allá de que el sujeto lo adopte o simplemente lo deje pasar.

Con todo, el terapeuta para poder sostener el posicionamiento subjetivo de interlocutor deberá cumplir las funciones *acompañante* y *apuntalante*⁶ que su rol inevitablemente le demanda. No obstante, a pesar de la puesta en marcha de dichas funciones uno de los riesgos a evitar es caer en la fascinación narcisista del interlocutor idealizado que se cristaliza en la versión del líder, del gurú o del iluminado, tan cara a aquellos que con o sin intención terminan ocupando el lugar del sujeto supuesto saber aprovechando la diferencia

⁵ Kaës, René: (1979) *Crisis, ruptura y superación*. Buenos Aires: Cinco, 1979.

⁶ Cao, Marcelo Luis: (2013) *Desventuras de la autoestima adolescente. Hacia una clínica del enemigo íntimo*. Buenos Aires: Windú Editores, 2013.

generacional y la experiencia adquirida. Esta versión puede perdurar en la diada terapéutica al estilo de un acto religioso o precipitarse en la decepción más profunda⁷.

Asimismo, como el del interlocutor es un rol intercambiable a través de las sucesivas investiduras portadas y soportadas por los *otros del vínculo* (aunque en todos los casos aquel va a coincidir con el personaje o función interna vigente al momento de tomar dicha posta), su constante reciclaje aceita la posibilidad de enriquecimiento psíquico a raíz de los intercambios producidos.

Por consiguiente, no podríamos hablar de aquí en más de un fin de análisis sino de la caducidad de la función interlocutora encarnada en la persona del terapeuta. Esta caducidad debe ser considerada no sólo una pieza de análisis como otrora, sino también como una herramienta indispensable en la labor clínica. Su presencia potencial acompaña el tratamiento desde su inicio, si es que estamos persuadidos de que trabajamos específicamente para que puedan partir y no para que se queden, remedando así las ataduras familiares que traen consigo. Sin embargo, es posible que el adolescente (o bien el joven adulto en el que se transforme), retorne con su viejo terapeuta para un segundo ciclo. En este caso no modificaríamos un ápice de lo planteado, porque es de esperar que tanto paciente como terapeuta en su devenir vital no se correspondan exactamente con los que participaron en el ciclo anterior, en tanto la vida nos transfigura permanentemente. Tal como decía Neruda: "nosotros los de entonces ya no somos los mismos"⁸.

Primera versión: 25/07/2016

Aprobado: 26/10/2016

Bibliografía

Cao, Marcelo Luis: (1997) *Planeta Adolescente. Cartografía psicoanalítica para una exploración cultural*. . Buenos Aires: Edición del autor, 1997.

: (2009) *La Condición Adolescente. Replanteo intersubjetivo para una psicoterapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Edición del autor, 2009.

: (2013) *Desventuras de la Autoestima Adolescente. Hacia una Clínica del Enemigo Intimo*. Buenos Aires: Windú Editores, 2013.

⁷ Véase "Sexy Sadie", tema de los Beatles dedicado al gurú Maharishi.

⁸ Neruda, Pablo. *Poema de amor número 20*.

Kaës, René: (1979) *Crisis, ruptura y superación*. Buenos Aires: Cinco, 1979.

:(1993) *El grupo y el sujeto del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.

Merea, César; Tabak, Elizabeth; Indart, Juan Carlos: (1985) "Criterios de curación y objetivos terapéuticos en el psicoanálisis". En *Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. N° 11*. Buenos Aires, 1985.

Resumen

El final de análisis en la clínica con adolescentes presenta características propias. El trabajo por ciclos permite acompañar y apuntalar el desarrollo psíquico de los jóvenes y evita la prolongación innecesaria de los tratamientos. El papel de interlocutor que cumple el terapeuta resulta decisivo para lograr estos objetivos.

Palabras clave: final; ciclo; vínculo; transferencia; interlocutor; acompañamiento; apuntalamiento.

Summary

The end of analysis in clinic with teenagers presents its own features. The work by cycles allow to come along and underpin the psychic development of the young people and avoid the unnecessary extension of the treatments. The interlocutor role of the physiotherapist become decisive to reach these objectives.

Key words: end; cycle; bond; transfer; interlocutor; accompaniment; underpinning.

Résumé

Le fin d'analyse dans la clinique avec adolescents présente caractéristiques particulières. Le travail par cycles permettre accompagner et étayer le développement psychique de le jeunes et évite l'extension des traitements. Le rôle de interlocuteur qui exécute le thérapeute résulte décisif pour obtient ces objectifs.

Mots clés: fin; cycle; lien; transfert; interlocuteur; accompagnement; étayement.

Marcelo Luis Cao

mlcao@sion.com