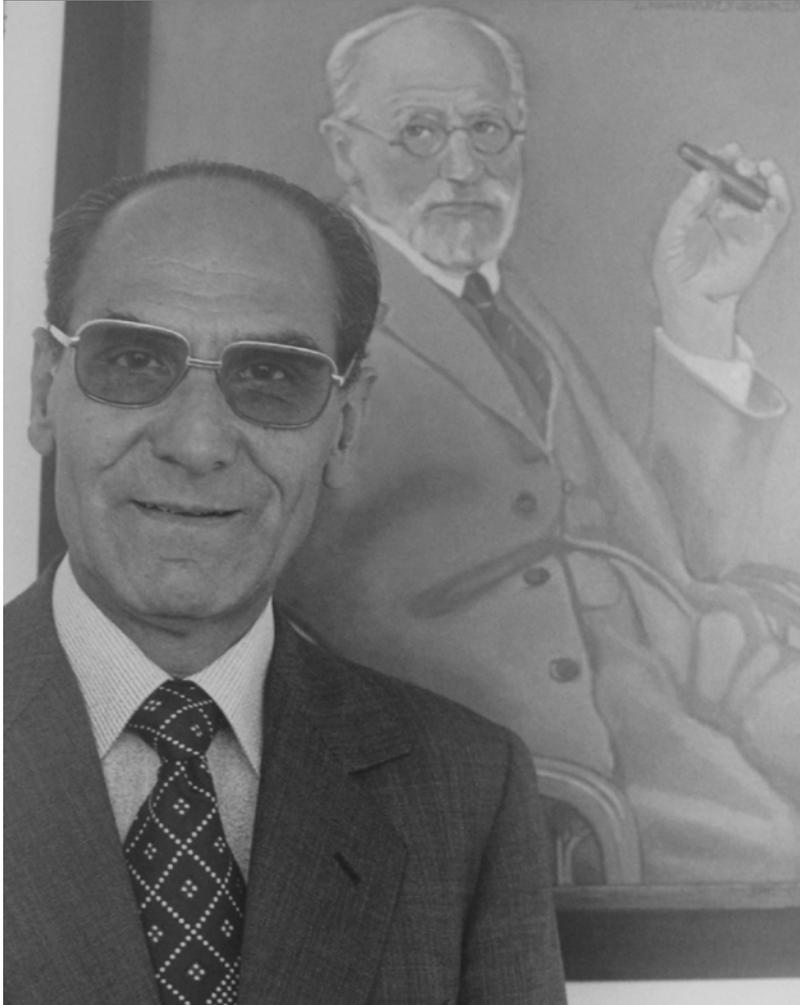


ARTURO LIZARAZO BOHÓRQUEZ  
1917 - 1991



## Taller N° 2 Aproximación Crítica al Trabajo Clínico de Arturo Lizarazo<sup>1</sup>

Danilo Diazgranados<sup>2</sup>

La obra escrita de Lizarazo es, por desgracia, escasa. Escribió no más de cinco trabajos teóricos y cuatro clínicos; en estos últimos relata, de manera pormenorizada, los sucesos, vicisitudes e incidencias en el tratamiento psicoanalítico de un Paciente fronterizo, con viñetas textuales y contextuales, y con comentarios muy detallados. Estos artículos, titulados, precisamente, Un Paciente fronterizo, y publicados entre junio de 1987 y febrero de 1989<sup>3</sup>, son de un valor enorme para entender la técnica y la práctica psicoanalíticas del maestro. En el texto presentado hoy, se mostrará un punto de vista personal acerca de la técnica utilizada, soportado en los escritos mencionados.

No se sabe con exactitud el tiempo de trabajo psicoanalítico, entre la primera y la última comunicación publicadas. Sin embargo, se conoce que el análisis se inició el cinco de julio de 1982 y que la última fecha, suministrada en la tercera comunicación, fue el siete de julio de 1983. Por otra parte, en la comunicación preliminar, el Analista refiere que el Paciente lleva dos años de tratamiento; luego, si se hace un cálculo estimativo, es posible considerar un periodo aproximado de tres años o algo más, en lo que al material publicado se refiere.

El Paciente, de 27 años, ingresa a análisis meses después de un severo intento de suicidio,

motivado por sentimientos de 'desesperación, porque no podía concebir la vida sin llegar a ser el tipo de Biólogo que quiere, meta inalcanzable, ya que está inhabilitado para estudiar; además, porque no puede vivir sin la droga y, sobretodo, porque el papá no le paga la psicoterapia'. Su incapacidad para estudiar consiste en que presenta altos niveles de angustia en algunas de las prácticas que debe realizar, lo que lo ha llevado a retirarse de la Facultad.

Como antecedentes, el Dr. refiere que fue

[...] alimentado al seno no más de quince días, porque a la madre se le secaron los pechos. Papá introvertido, tacaño, retraído a su espacio, a su biblioteca; no le agrada que entren allá; despreocupado afectivamente. Madre cariñosa, explota emocionalmente cuando algo no le gusta, adolece de frecuentes y variables preocupaciones hipocondriacas. Los padres se casaron hace treinta años, pero dos años más tarde tuvieron grandes diferencias; continuaron conviviendo, pero sin entenderse, hasta hace seis años, cuando la madre tomó un apartamento. Tiene, además, un hermano mayor y una hermana menor.

Alrededor de los 20 años inició consumo de Lorazepam, por ansiedad desbordante después

<sup>1</sup> Ensayo presentado el 16 de Abril de 2012, en el auditorio Henry García Escobar del ICSN, Clínica Montserrat, dentro de la programación en Homenaje a los Fundadores de la APC, en conmemoración de los cincuenta años de vida institucional.

<sup>2</sup> Psicoanalista, Miembro Titular con función Didacta de la Asociación Psicoanalítica Colombiana. danilodiazgranados@hotmail.com

<sup>3</sup> Publicados en Vol. XVI Nos. 3 y 4//2005, Revista Psicoanálisis, de la Asociación Psicoanalítica Colombiana, dedicada al Dr. Lizarazo.

de una relación homosexual, fármaco al que se volvió adicto. Estuvo en psicoterapia analítica durante un tiempo, la cual tuvo que suspender por negativa del padre a pagarla. En su vida sexual ha tenido relaciones con hombres y con mujeres.

Se efectuó un diagnóstico de Personalidad fronteriza y se inició la terapia con una técnica derivada del análisis convencional, con Parámetros, en el marco de la teoría kleiniana, cara a cara, y con frecuencia de tres sesiones semanales.

Uno de los temas principales en las asociaciones del Paciente es su relación con su padre, la cual es vivida en la Transferencia, con fuertes alternancias entre el objeto paterno bueno y el malo, con los que también, alternativamente, se identifica e identifica al Analista. La idealización del Analista es evidente desde el inicio, la cual es interpretada por este tan pronto surge, lo cual no parece lo más conveniente, cuando se está estableciendo una 'alianza de trabajo'. Veamos:

[...] Me comunica que quisiera ser Psiquiatra y Psicoanalista: 'El doctor tiene buen nombre, buena posición profesional y económica!'

**Analista:** Envidiosamente, quisieras fusionarte conmigo, absorberme y disponer de los contenidos y valores que, supones, hay dentro de mí.

Por otra parte, pero relacionado con lo anterior, el Analista se muestra reacio a responder preguntas directas del Paciente, algunas veces permaneciendo en silencio y otras, respondiendo con una pregunta. En esto actúa como un Analista clásico:

**Paciente:** Doctor, ¿usted cree que podré llegar a ser Biólogo?

**Analista:** ¿Tú qué crees?

**Paciente:** Usted no me contesta. El doctor R. me contestaba varias cosas.

En cambio, en algunas sesiones posteriores, sí se permite contestar algunas preguntas de carácter personal, en aparente contradicción con su postura teórica:

En otra oportunidad me preguntó:  
Doctor, ¿usted es casado?

**Analista:** Sí, pero separado.

**Paciente:** ¿Y usted con quién vive?

**Analista:** Con mis hijos y mi nuera.

**Paciente:** No esperé que me contestara, sino como otras veces: ¿Tú qué crees?

Se podría considerar que, en este momento, se obró con exceso, al hablarle al Paciente de estos aspectos privados, mientras que en otros, sí se hubiera podido responder, con el objeto de evitar la frustración, en alguien en el inicio de su análisis y con tan importante debilidad yóica. Se debe tener en cuenta, claro está, que cualquier parámetro utilizado debe ser seguido de una interpretación del mismo.

El analista introduce en las sesiones algunos actos con significado simbólico: con frecuencia, en cuanto se lo solicita, le sirve agua al Paciente; en otras ocasiones, le brinda pan con chocolate, café con leche, tinto, etc. Incluso, en una ocasión, temeroso de que el Paciente llevara a cabo un *acting out* destructivo, el Analista le retiene una carta 'insultante y violenta' dirigida hacia el padre y no le permite la salida del consultorio, cerrándole la puerta con llave, alargando la sesión por tres horas.

En la comunicación preliminar, escribe:

Me es completamente imposible dar cuenta de la secuencia psicodinámica y terapéutica del caso, en dos años de tratamiento. Deseo sí, agregar que, dentro del manejo técnico, dejo pasar muy pocas ocasiones sin señalar las rupturas del encuadre y los repetidos ataques al vínculo terapéutico. En mi

Paciente, ha sido muy notoria la tendencia, mediante identificaciones proyectivas, a lograr que yo mismo rompa el marco de funcionamiento acordado desde el primer día, valiéndose para ello de numerosas tretas, no exentas de astucia. Sin embargo, debo reconocer, que hube de seguir a Kernberg en el uso ocasional de algunos parámetros, en momentos álgidos, en los que, al decir de Greenson, la situación no es propiamente analítica (p.174).

Acá se puede percibir una confusión teórica del autor, en el sentido de si son parámetros o actuaciones del Analista, producidas por una contraidentificación proyectiva. Probablemente, en algunas ocasiones, estas actuaciones del Analista corresponden a este mecanismo descrito por Grinberg y en otros momentos a verdaderos parámetros utilizados deliberadamente con esa intención. Al respecto de los parámetros, es importante reiterar que, en cuanto sea posible, se debe interpretar al Paciente las razones que llevaron a su uso, lo cual, al parecer, no ocurrió en las múltiples ocasiones en que fueron utilizados en este caso.

Los elementos psicóticos del Paciente se hacen evidentes prontamente, pero, por lo menos inicialmente, no parecen estar relacionados directamente con la transferencia, sino con montos de angustia muy grandes o con alto consumo de Lorazepam. Igualmente, las amenazas de suicidio son otro aspecto que el Paciente reitera, en algunos momentos con clara intención suicida, mientras en otros podrían considerarse como intentos de manipulación.

Desde las primeras sesiones llama la atención el despliegue de defensas primitivas, como los mecanismos de proyección, introyección, identificación proyectiva, escisión, *splitting* e idealización primitiva, las cuales el Analista comienza a interpretar de manera muy temprana

e incisiva, transferencial y extra transferencialmente. Desde el comienzo, las interpretaciones son muy frecuentes y, por momentos, parecería que se le impide al Paciente el desarrollo de una libre asociación.

Cabe destacar acá, el amplio y profundo conocimiento de la teoría kleiniana que tiene Lizarazo, así como la pericia que posee al detectar, muy rápida y precisamente, los mecanismos de defensa primitivos de su Paciente que, dentro del marco de la Teoría de las relaciones objetales, describió la doctora Klein. Sin embargo, es posible que en la práctica con este Paciente, la comprensión del material le haya sido transmitida con un uso excesivo de tecnicismos y elementos teóricos provenientes de esa vertiente psicoanalítica. Véanse algunos ejemplos:

Me dice que su hermano quedó de venir a esta hora, puede estar buscándolo y no sabe que está en sesión.

**-Analista:** Sientes como si yo te estuviera quitando a tu hermano.

**-Paciente:** Ahora me siento confuso.

**-Analista:** Has perdido en este momento tu individualidad, como defensa contra la pérdida de tu hermano y a través de sentimientos de confusión -fusión con- has vuelto a estar dentro de tu hermano, confundido con él.

**-Paciente:** Debe ser. Ahora tengo mucho dolor de cabeza.

**-Analista:** Es como si sintieras que yo te arranco de la unidad mental que formas con tu hermano y por eso te duele la cabeza.

**-Paciente:** Ahora siento que usted también está confuso como yo.

**-Analista:** Ahora te sientes fusionado conmigo, formando conmigo una sola identidad.

**-Paciente:** Sí, y ahora siento que usted también tiene dolor de cabeza.

**-Analista:** Esta es una confirmación de la fusión que estás viviendo entre tú y yo, transferida desde la fusión entre tu hermano y tú (p. 160).

En efecto, es posible entender en esta viñeta el fenómeno de la transferencia, los mecanismos primitivos de identificación proyectiva, la escisión implícita y los deseos de fusión. Sin embargo, el Analista se vale de una palabra del Paciente, acerca de la cual no se indaga por el sentido con que este la profiere, para dirigirlo a un significado teórico –el de la fusión con– que seguramente está alejado de la experiencia del Paciente. Probablemente, simplemente está buscando una aclaración del Analista, en relación con la afirmación de que él le está quitando a su hermano. Quizás se le hubiera podido preguntar por el significado de la palabra ‘confuso’ en ese contexto. La interpretación del Analista incrementa más la confusión, al extremo de producirle cefalea, la cual nuevamente es interpretada dentro del contexto de la fusión, lo que lleva a pensar al Paciente que su Analista está confuso (loco) y por lo tanto le produce confusión y cefalea. La disquisición del Analista, en cambio, es que es el Paciente el psicótico, cuando en realidad se ha producido entre los dos un momento psicótico en el cual cada uno escenifica su propia convicción (cuasi delirio), que podría, más adelante, aproximarse a una *folie a deux* en la Transferencia, como el que se observa en algunos casos de análisis.

Otros ejemplos:

1) (Entra fumando) Después del desayuno quedé con hambre. Estoy mal con usted, lo siento impersonal, alejado. Tarde o temprano terminaré suicidándome. No le avisaré cuando vaya a hacerlo.

A veces tengo la sensación de estar cayendo desde la terraza de un edificio, o me imagino el ruido de un disparo en la cabeza. Me da repugnancia ver a mi papá. El doctor conmigo se gana \$30 por minuto; es demasiado.

**-Analista:** La repugnancia tiene asiento oral, es con el tubo digestivo superior que estás rechazando a tu padre. Hay otros fenómenos de asiento oral: el hambre con que vienes, la necesidad del Ativán, el suicidio por ingestión de hipnóticos, el cigarrillo que fumas aquí, el hambre psíquica, etc. Cuando por un lado tienes hambre, y por el otro me sientes alejado, impersonal, es que tienes hambre de mí.

En esta intervención el Analista asume un claro e innecesario papel pedagógico. Tal vez, se le podría decir, simplemente, que en ese momento se siente vacío, con hambre, porque siente que personas de las que espera tanto, como el padre de un lado y el Analista del otro, del cual tiene la expectativa de que subsane las fallas del padre, no le suministran lo que le hace falta y que encima de todo, el propio Analista-padre lo vacía aún más; en esas circunstancias considera que no puede vivir y la única solución que percibe es el suicidio.

2) **Analista:** Una entidad interna te exige irte del apartamento, tomar la pieza, estar solo; te obliga a romper vínculos para asegurar el éxito del suicidio y te hace renunciar para siempre a la relación terapéutica conmigo. Bien podemos llamar Superyó asesino a esa entidad que trabaja de tal modo contra ti, dentro tuyo.

**-Paciente:** Ya no hay nada que hacer, decidido uno al suicidio. Siento una calma especial, no estoy comiendo nada.

**Analista:** El Superyó asesino te está exigiendo prescindir del instinto de conservación. Te estás dejando invadir y someter.

'Entidad interna' puede ser un recurso para ser usado en una interpretación; lo que sobra en esta interpretación es el término Superyó. Más adelante, de acuerdo con el material, habría que nombrar a los objetos actuantes dentro de él y los objetos externos en los que los deposita, como podría ser el Analista, tal como ocurre en la viñeta anterior a esta.

3) **Paciente:** No me importa si (mi padre) paga o no. No quiero verlo. No quiero que los de mi familia me hagan otro Consejo de guerra.

**Analista:** Estás escindiendo tu propio perseguidor interno en tantos fragmentos cuantos son los miembros de tu familia. Depositás cada fragmento tuyo en cada uno de ellos. Y así te ganas otros tantos perseguidores externos.

**Paciente:** Papá volverá a las andadas, a él no lo modifica nadie. Papá dijo tiempo atrás: si se quiere matar que se mate y no joda más.

**Analista:** Esa concepción actuante de tu padre forma parte por incorporación de tu Superyó asesino.

**Paciente:** Siento que usted está preocupado por mí. Se interesa más que mi familia. Gracias, pero yo no puedo volver a nacer; empiezo a comprender mi historia, pero estoy lejos de mi casa.

**Analista:** Para poder comprender, obviamente necesitas estar vivo. Lo que has dicho de tu padre significa que tu Superyó asesino se mete dentro de tu Yo, lo invade y hasta cierto punto se confunde con él. Entonces, es como

si te quedara poca estructura yóica y todo eso lo percibes como confusión. En diversas ocasiones, ese Superyó invasor del Yo te ha sometido a no recibir de mí una imagen distinta a la de tu padre perseguidor.

El Analista asume, en esta viñeta, que el 'consejo de guerra' es simple y llanamente una creación proyectiva del Paciente. Parecería una inferencia sin mayores elementos probatorios, parecida a la del primer ejemplo, con la palabra 'confusión'; no sobraría preguntarle al Paciente. En muchas ocasiones, las preguntas en sí mismas tienen un valor interpretativo innegable, o pueden servir para afinar una interpretación; parecería que Lizarazo le pregunta más bien poco al Paciente. Por otra parte, para señalar la proyección o la incorporación de la figura del padre en el Superyó o el sometimiento del Yo por el Superyó, no se requiere ese discurso teórico. De un lado, esa forma de hablar está alejada de la experiencia y del afecto del Paciente, y de otro, lo hace confuso (en la acepción corriente del término) y lleva al adoctrinamiento, el cual no le permite al Paciente el desarrollo de su propio pensamiento y subjetividad.

Algunas consecuencias de este tipo de adoctrinamiento, se observan en las siguientes manifestaciones del Paciente:

**-Paciente:** Este cuadro (un niño que lacta del pecho materno y otro que mira) es muy regresivo.

Y en otra ocasión:

**-Paciente:** Desde que asistí a la escena primaria y papá se dio cuenta de mi presencia, siempre pensé que me castigaría.

Otro aspecto para tocar a continuación es el tema del control. Parecería, por los menos en algunos apartes del material publicado,

que entre Paciente y Analista se establece una lucha por el poder, donde, como consecuencia, se busca el control mutuo.

Un ejemplo sería el siguiente:

Refiere que en el comedor se siente asfixiado, le suda la frente, la espalda, tiene palpitaciones, se pone rojo, no aguanta más y tiene que salirse. Me intereso por explorar esta sintomatología, pero él me habla de temas diferentes y me reclama que no le he ayudado con la universidad ni en el manejo de las drogas para rebajar la angustia.

**-Analista:** Te he sugerido una colaboración concreta, pero me has hecho una gambeta y me has evitado. Además me has invitado a una actividad extra analítica. Quieres señalarme el rumbo que ha de seguir el tratamiento, como quien dice manejarlo, controlarlo. En tono alterado y furioso, congestionado por la rabia, me responde:

**-Paciente:** Usted me ha dicho que diga lo que pasa por mi mente. ¿De qué quiere pues que le hable?

**-Analista:** Estás muy rabioso porque sientes que te atajo en el camino que quieres imponerme.

Y le explico cómo la asociación libre puede ser utilizada resistencialmente, en contra del proceso terapéutico.

¿Quién quiere controlar a quién? Parecería que el malestar del Paciente es válido. Si se piensa que la asociación libre puede ser utilizada de manera resistencial, habría otras maneras de señalarlo, diferentes del elemento pedagógico. De la manera como se manejó acá, implica un intento de imponerle al Paciente una línea de asociaciones, por un interés específico del Analista en el tema de su fobia.

Como consecuencia del estilo, parece que se dieran dos discursos paralelos, que nunca se tocan: el Paciente, fundamentalmente congelado en temas como las quejas, la angustia, el suicidio, la relación con el padre, y pocos más; la técnica le impide un despliegue asociativo que le permita una reflexión generadora de *insight* y una amplia expresión de su subjetividad. La relación bipersonal es precaria y, por momentos, el Paciente deja de ser persona para convertirse en un objeto de observación.

Por momentos, el Paciente mismo cae en cuenta de esto y lo denuncia de diferentes maneras:

**Paciente:** ¿Por qué no me dice nada? Ya estoy acostumbrado a no oír respuesta suya. Eso es una falta de honestidad suya. Me está robando la plata. Habrá que suspender el tratamiento. Es como hablarle a una pared. No le recomendaría a ningún Paciente que se analizara con usted. Necesito demostrar la mejoría en la casa, si no, le juro que me suicidaré en marzo. Cuando usted me dice, que tal o cual cosa es con mi papá o mi mamá, eso es carreta, puros clichés.

En otro momento, el Paciente dice:

¿Usted no se da cuenta de que, con esa manera suya me voy a sentir mal y no vamos a avanzar? Ahora me sale con el cuento de que estoy proyectando. Ya estoy aburrido con ese cuentecito. Los Analistas son como los loros, que hablan de memoria. ¡Eso es tan teórico! Me quedo callado porque siento que usted no me entiende. Usted es teórico, impersonal, lejano de la realidad. No sé qué libro estará leyendo y yo no he venido acá para eso.

¿Será que no valdría la pena darle algo de razón al clamor del Paciente? Por el contrario, el Analista considera la siguiente interpretación:

En uso de tu omnipotencia y para registrar mi indignancia profesional, dices que les digo lo mismo a todos los Pacientes. Finalmente, puedes darte cuenta de que ocurre una inversión en el papel que cada uno desempeña en nuestra relación: ahora yo soy quien recibe las interpretaciones y tú eres el Analista que las da.

Y más adelante, justifica así sus intervenciones:

Si resultas proyectando, me corresponde registrar el hecho y ponértelo de presente; si resultas controlándome de diversos modos, es de mi incumbencia concientizarte de ello; si asumes una actitud omnipotente, me desprecias y eliminas mi aptitud terapéutica y si me agradeces de una y otra manera, es de mi resorte poner todo esto ante tus ojos. Pertenece a mi labor técnica hacerte tomar conciencia de tus mecanismos resistenciales y de cómo, con ellos, te opones drásticamente, muchas veces sin que tú lo sepas, a la marcha exitosa del tratamiento. Entiendo, claro, que todo es una necesidad psicopatológica transferencial tuya, pero, precisamente por eso no puedo prestarme a desempeñar el rol que me asignas, ni renunciar a la condición de Psicoanalista. Algo más debo mostrarte y es que das la apariencia de que no hubieras querido entender cómo se adelanta un análisis y cuál es el desempeño que te corresponde en lo que llamamos 'alianza de trabajo'.

En esta intervención se resumen buena parte de las críticas que se han hecho a esta

técnica: en primer lugar, la teorización e intelectualización en la que se cae repetidamente; en segundo lugar, el adoctrinamiento en el que transcurre al análisis; en tercer término, la lucha por el poder y el control.

Se quedan entre el tintero otros aspectos de esta técnica, tales como, el asunto de la atención flotante, el problema de la efectividad y eficacia del tratamiento, y la transmisión de la técnica en los grupos psicoanalíticos. Sin embargo, no se debería dejar pasar un punto central en esta aproximación a la técnica, cual es la diferencia entre explicación y comprensión.

La diferencia entre explicación y comprensión ha sido trabajada por Dilthey y los filósofos de las Ciencias del espíritu. La explicación para ellos sería el método típico de las Ciencias de la naturaleza, que se preocupa por la causa, en tanto que la comprensión sería el método típico de la Psicología y las Ciencias del espíritu, que se preocupan por el sentido. Otros filósofos de la ciencia, han subrayado la necesidad que esta tiene de la explicación, pues busca las verdaderas causas de los fenómenos y que la búsqueda de estas se hace posible mediante un proceso de asimilación de la realidad a la razón. Dilthey dice que 'se entiende por comprensión el acto por el cual se aprehende lo psíquico a través de sus múltiples exteriorizaciones'; lo psíquico, entonces, no podría ser objeto de mera explicación. El concepto de comprensión, además, se convierte para Dilthey en un procedimiento más amplio al del simple método, en una hermenéutica encaminada a la interpretación de las expresiones de la vida psíquica.

En efecto, vale la pena poner el énfasis en estas diferencias, en lo que respecta al Psicoanálisis como teoría y como práctica, especificando muy claramente que la 'explicación' corresponden al corpus teórico y la 'comprensión' al método utilizado en clínica, el que a su vez nutre la teoría, heurísticamente, a través de la creación de hipótesis explicativas.

## Arturo Lizarazo o la Frugalidad y el Psicoanálisis de los Sueños<sup>1</sup>

Fabio Eslava Cerón, M.D.<sup>2</sup>

Desde la publicación de *Psicoanálisis de los sueños* (Freud, 1899 [1900]), hace más de cien años, la actividad onírica ha ocupado un lugar privilegiado en la literatura psicoanalítica, a pesar de que sus enormes avances, desde entonces hasta nuestros días, ha disminuido su preponderancia como 'vía regia al inconsciente'. Los desarrollos posteriores a la obra freudiana, han tendido a hacer más específicos los hallazgos clínicos y los planteamientos teóricos, sin necesariamente reevaluar la teoría de la satisfacción alucinatoria de deseos, o la teoría traumática. Si bien el volumen proporcional de publicaciones acerca del tema, como cuestión central, ha disminuido desde sus comienzos, casi no existe presentación de material clínico que no incluya la actividad onírica como punto de referencia importante. Tampoco los aportes teóricos posteriores a Freud han dejado de apoyarse en los sueños.

El trabajo del Dr. Arturo Lizarazo Bohórquez, cuyo nombre distingue a nuestro Instituto de enseñanza, fue fundamentalmente clínico, y sus escasas publicaciones no hacen justicia a su erudición ni con la enorme cantidad de horas que dedicó, en su vida, a la práctica clínica y a la formación de Psicoanalistas y de Psiquiatras. Su talante discreto y de exagerada, y quizá a veces hasta arrogante humildad, lo apartaba de la iniciativa de comunicar por escrito sus ideas psicoanalíticas, generalmente guiadas

por una recomendación que, con frecuencia, recibimos sus alumnos: Volver a Freud.

Quienes asistimos a sus Seminarios y Supervisiones somos testigos de excepción de la manera como Lizarazo se actualizaba, con una dedicación incomparable, frente a los aportes de los autores kleinianos y post-kleinianos, y luego de Kohut y sus seguidores. Era sorprendente la manera como en su pensamiento clínico, basado siempre en Freud, los diversos autores encontraban aplicación sin incompatibilidad alguna. Algo muy diferente a lo que había en realidad ocurrió en medio de los avatares del movimiento psicoanalítico.

El artículo al que me voy a referir pertenece, sin duda, a una etapa muy freudiana de su pensamiento, y aún más de su estilo para escribir. Se trata de *Un sueño de nacimiento* particularmente claro, trabajo publicado en 2005, en el que el material clínico es utilizado como argumento para sustentar la tesis del Trauma de nacimiento, enfatizada por Otto Rank. Para el efecto, presenta a un paciente de la siguiente forma:

[...] un profesional de treinta y cinco años consultó, porque desde hace siete sufre estados depresivos, de ocho a quince días de duración, y que se repiten con relativa frecuencia. También acusa diversas fobias: miedo a la soledad nocturna, miedo a las alturas, a los recintos cerrados, a

<sup>1</sup> Ensayo presentado el 16 de Abril de 2012, en el auditorio Henry García Escobar del ICSN, Clínica Montserrat, dentro de la programación en Homenaje a los Fundadores de la APC, en conmemoración de los cincuenta años de vida institucional.

<sup>2</sup> Miembro titular, Función Didacta, de la Asociación Psicoanalítica Colombiana, y de la Spcolpsi.

los ratones, al gato y a los accidentes. Se aísla durante las depresiones, en particular de su objeto amoroso, con el cual, por otro lado, mantiene intensa dependencia. También, ha hecho uno que otro episodio hipomaniaco, y en particular uno, relativamente intenso, pero de corta duración, durante el proceso terapéutico.

Fue atendido psicoanalíticamente, tan solo durante doce meses [...]

Veinticuatro días antes de terminar el tratamiento, el Paciente comunica un sueño:

Estaba yo en X, mi ciudad natal, con el hijo de la señora T., en cuya casa viví en Z. (otro país); le estaba mostrando las afueras de la ciudad y algunos precipicios. Luego, regresamos al centro de la ciudad, cerca de mi casa. Entramos a comer a un restaurante, que estaba casi vacío, muy poca comida en los estantes. Salimos de nuevo, pasamos por un parque. Yo le muestro a él que allí solíamos jugar de pequeños. En medio del parque hay una estatua de bronce; una mujer de cabellos largos y facciones muy bellas, sentada sobre una placa, inclinada hacia atrás y sosteniéndose con las manos en algún objeto a sus espaldas; en su vientre hay una gran concavidad. Pienso que de niño iba al parque y me sentaba en esa cavidad a jugar y que era muy cómoda. Después, me dirijo a la casa donde vivíamos entonces, entro con mi hermano, subimos a la segunda planta y de un momento a otro el piso comienza a fallar y cae por tramos; yo me pongo a salvo.

Un segundo sueño, que aparece dentro de las ocurrencias del Paciente, corresponde a su infancia:

Unos cuerpos en forma de bala muy grandes se cerraban sobre mí, especialmente sobre la cabeza y me producían ahogo. La cavidad oscura en que estaba era como un túnel y tenía la sensación de pasar de la oscuridad a la luz.

A través de este material, Lizarazo sustenta lo que le parece un planteamiento psicoanalítico: el 'frecuentemente objetado' trauma de nacimiento. Al final del artículo, advierte:

Por nuestra parte, a pesar de haberlo meditado mucho, no hemos encontrado esa otra experiencia diferente al trauma de nacimiento, que nos explique de manera integrada y exhaustiva, los hechos consignados. Pero si apareciere, estamos dispuestos a aceptarla, porque la realidad ha de ser reconocida donde quiera que se halle.

Pienso que, si el Dr. Lizarazo nos acompañara actualmente en la relectura de su trabajo, quizá sostendría igual punto de vista. Sin embargo, seguramente agregaría varios elementos, siguiendo algunos preceptos o directrices generales de los que transmitió incansablemente a sus discípulos.

## Primero el paciente

Mientras más amplio sea el conocimiento incorporado por el Analista, mejor será su idoneidad en la práctica. Si determinado modelo le resulta más útil para comprender cada caso, la 'investigación psicoanalítica', como prefería llamar a su práctica, debe apoyarse en ese modelo en el momento apropiado. La identidad del Analista debe incluir su cuerpo de conocimiento, el cual sin embargo, según Lizarazo, que, como seguidor del estilo de Wilfred Bion con su recomendación de enfrentar la situación analítica 'sin memoria,

deseo ni conocimiento', no debería sesgar su escucha analítica.

## Volver a Freud

En este sueño 'particularmente claro, de manera no explícita se refiere a la forma de comprender la psicopatología desde el punto de vista de Rank, pero es claro en el estilo y en el manejo de las ocurrencias como elementos confirmatorios de la teoría, que está siguiendo el ejemplo de Freud. Se describe la secuencia como si el Analista atestiguara unos hechos psicológicos con objetividad. Su labor interpretativa, hermenéutica, sigue el camino freudiano de 'hacer consciente lo inconsciente'. Conocer el contenido latente del sueño tendrá un efecto terapéutico confirmado por un estado vivencial que el Paciente pone en escena sintiéndose 'muy excitado, con sensación de mucha dificultad de respirar, algo tremendo lo cual corresponde nítidamente al trauma de nacimiento, que es la anoxia'.

Las asociaciones del Paciente al sueño, remiten al Analista a través de los símbolos presentes a una representación muy detallada de un parto. La presencia de la madre, escondida tras la imagen de la abuela que lo lleva al parque donde sueña la estatua, la cavidad abdominal de la figura que lo alojaría cómodamente y luego el piso que cede bajo sus pies. Semejante secuencia no puede sino fascinar a un Analista y acercarlo a la sensación de éxito en la tarea infinita de 'hacer consciente lo inconsciente'.

Lizarazo no comulgaba con el planteamiento de Otto Rank en el sentido de que, el análisis del trauma de nacimiento fuera la respuesta a todo lo que busca el Psicoanálisis en el tratamiento de un Paciente. Sí en cambio, era partidario del concepto de Freud, expresado en una nota que agregó en 1909

al Psicoanálisis de los Sueños, en la que dice: 'El nacimiento es, por otra parte, el primer hecho de angustia y, por lo tanto, la fuente y el modelo de cualquier angustia'.

## La transferencia y la contratransferencia

Sin duda alguna, el análisis del sueño en cuestión, siguiendo el modelo del trauma de nacimiento, se extendería a las dificultades del Paciente para elaborar las separaciones, especialmente las que se revivieron, seguramente, por la circunstancia de la terminación del análisis. Recordemos que el sueño se presenta veinticuatro días antes de la terminación. El Paciente padece diferentes fobias, incluyendo '...miedo a la soledad nocturna...y se aísla durante las depresiones en particular de su objeto amoroso, con el cual, por otro lado, mantiene intensa dependencia...'

No es el evento de la separación inminente del Analista lo que llamó en esa ocasión la atención de Lizarazo. Obviamente estamos contando con el material de una sesión aislada, en medio del trabajo del Analista, para quien la importancia de la Contratransferencia en el trabajo clínico fue siempre foco fundamental. Recuerdo una frase característica, que usaba para enfatizar la naturaleza y el papel fundamental de la Transferencia y la Contratransferencia, evidenciadas en las comunicaciones de los Pacientes: 'Nada es con usted y todo es con usted'.

Una ampliación del artículo hecha ahora, seguramente incluiría los aspectos transferenciales y los contra-transferenciales. Como dije al comienzo, nos reúne hoy la gratitud hacia un maestro cuya obra es necesario buscar en cada uno de nosotros, sus discípulos.

## Discusión<sup>3</sup>

Inicialmente, el Dr. González, comenta, que le parecen muy buenas las exposiciones, muy bien enfocadas, empáticamente concebidas. La obra del Dr. Lizarazo es muy escasa, a la luz de los conocimientos actuales, aunque excelente; muy pocas críticas se abrían a ese tipo de análisis que él efectuaba, pero, desafortunadamente por ser sus colegas sus principales pacientes, él no lo podía escribir, ni transmitir en casos clínicos, por obvias dificultades, eran los comienzos, los primeros intentos de tratar pacientes, hoy en día es muy diferente, teniendo en cuenta todos los principios que el Dr. Diazgranados fue encontrando como ausentes en los casos que expuso. Definitivamente yo sí creo que esos análisis clásicos fueron muy exitosos, fueron Psicoanálisis didácticos, todos estaban empezando con los pacientes y se aplicaban esas técnicas modificadas, un poco intuitivamente, muchas veces, sin tener todavía la cantidad de informes y casos que se han ido obteniendo posteriormente.

Tras felicitar a los ponentes, el Dr. Méndez señala que, realmente, nos ponen a pensar muchas cosas, y de pronto un poco sobre el trabajo de Arturo Lizarazo; pero, en realidad un psicoanalista honestos, creo que eso también determinó que no escribiera un poco de cosas que debió haber escrito, muy valiosas y en relación con las críticas del Dr. Diazgranados, seguramente que tiene razón en muchas cosas, pero esa era la técnica y aún la técnica de Psicoanálisis de pacientes *borderline* o límite tienen muchos parámetros, no puede uno exigir que sea una técnica clásica, porque el paciente no da para eso; lo que se destaca

es el conocimiento tan grande que tenía en relación al manejo de la Transferencia y la Contratransferencia, es una de las cosas más valiosas del legado de Arturo.

A la Dra. Syro le pareció muy interesante la lectura del Dr. Diazgranados, sobre todo para encontrar interpretaciones; dice, que él, como terapeuta, era una persona muy valiosa, y que no había escrito mucho de los casos, porque casi todos eran alumnos, pero la pregunta es: esas interpretaciones tan didácticas eran buenas, de pronto como para unos analistas en formación, pero, para un paciente del común parecerían demasiado agresivas.

Tras agradecerles a los dos por las presentaciones, Dra. Carrascal reconoce que su experiencia con el Dr. Lizarazo fue como maestro, y se siento plenamente identificada con lo que el Dr. Eslava decía de los principios que él estaba continuamente transmitiendo; recuerda que dictó un seminario sobre los sueños, donde se estudió, justamente, la Interpretación de los sueños, a la par con el libro de Ángel Garma, sobre los sueños, y toda su sensibilidad para lograr transmitir y hacer del Inconsciente algo absolutamente aprehensible, como cuando se está de estudiante y quiere contactarse con eso y percibirlo de esa manera; con él era algo muy alrededor del Inconsciente, traerlo y tenerlo como algo absolutamente cercano.

Pensaba, de paso, en la comunicación, las comunicaciones, que fueron muy polémicas. Inclusive, ese paciente estuvo hospitalizado en la Clínica Montserrat; cuando él decidió escribir, lo comentaba, decía que justo sobre eso tenía que escribir, sobre lo difícil que es el trabajar con este tipo de pacientes, jugársela, confiar en todas estas interpretaciones, todas

<sup>3</sup> Discusión acerca del Ensayo en referencia, presentado el 16 de Abril de 2012, en el auditorio Henry García Escobar del ICSN, Clínica Montserrat, dentro de la programación en Homenaje a los Fundadores de la APC, en conmemoración de los cincuenta años de vida institucional.

las críticas que se le han hecho al Psicoanálisis y que el Dr. Diazgranados señala; pareciera, que era como una manera de tratar de contenerlo, de ponerle una estructura; tal vez por eso, justamente, estaba empezando a publicar sus comunicaciones al respecto. Esto resultó ser es muy valioso, pues el no publicar, no escribir, es parte de las dificultades que nosotros tenemos que enfrentar; es preciso escribir un poco más.

La Dra. Cetina recuerda cómo disfrutaba ver al Dr. Lizarazo en sus intervenciones, y cómo los docentes de Supervisión colectiva han replicado todas estas cosas, y siempre en la búsqueda de esa aptitud psicoanalítica.

El Dr. Yamhure agradece por los trabajos, que gustaron mucho; opina, que los escritos del Dr. Lizarazo para los que no lo conocieron, tienen un sesgo, y es que se conoce a quien trató sobre Trastornos fronterizos de personalidad, pero no publicó nada que hubiera permitido conocer sobre otros aspectos; entonces, para el exterior, este es un sesgo. Pero para los que sí vivieron con él las experiencias, les pareció una persona muy rica en el conocimiento, además de ser una persona sumamente amable, muy tierno; cuando hacía Supervisiones, ocasionalmente, se acababa las 10:00 p.m.; era una persona muy cálida, quien, lamentablemente no escribió más.

El Dr. González, comenta que quiso contrastar un análisis para Neuróticos, con este análisis para el Trastorno fronterizo, en la práctica de Lizarazo; de esta manera, usando un caso propio, yo recibí la primera interpretación, al mes de estar hablando completamente solo sin ninguna dirección ni orientación. Este paciente la recibió tan pronto llegó, y pareció sobre un mecanismo de defensa, sobre la racionalización; este paciente recibió la primera interpretación desde el primer día, sobre mecanismos muy primitivos y difíciles de comprender por parte del paciente, y por lo tanto, poco empática, porque era fuera de la experiencia.

También, hay que aclarar aquí, que ser muy afectivo no es igual a ser empático; se puede ser muy dedicado, muy entregado al paciente y muy afectivo, pero muy poco empático, estar muy equivocado en la apreciación de los problemas, carencias y necesidades del paciente; esa espera y esa tranquilidad que él mantenía es una contención muy útil para el tratamiento de la Neurosis, ayudaba mucho a la regresión al servicio del Yo, para que la asociación libre se instaurara y, poco a poco, podía ir interpretando todos los conflictos, empezando siempre por los mecanismos de defensa, enseñando, a través de ese método, a crear *insight*, para poder entender todos los procesos intrapsíquicos. Realmente era un análisis muy clásico, como ir siguiendo pautas más que freudianas; en ese momento, el análisis no era propiamente el clásico, había una diferencia entre este y el ortodoxo: clásico es el creado, descubierto e instaurado por Freud, ortodoxo fue como se describió después de Freud, que fue a veces más estricto que el mismo Freud, ese fue el análisis que yo recibí.

Tras unirse a las felicitaciones, la Dra. Fernández opina que, realmente para uno como Candidato era muy interesante y bonito ver, cómo las personas que necesariamente se idealizan, cuando se entra un poquito en sus trabajos, se da cuenta que a pesar de ser personas muy 'pilas', también tienen sus propias vicisitudes dentro de los procesos analíticos o terapéuticos que están llevando a cabo; y eso hace pensar con alegría, y con cierto alivio, que si el Dr. Lizarazo, como se percibe intuitivamente, también se pudo haber angustiado, de alguna manera, con estos muchachos, que le ofrecían tanta dificultad -porque todos sabemos que un paciente Fronterizo ofrece bastantes dificultades en su manejo-, visto a posteriori, y por fuera del ruedo, de pronto la interpretación no fue en ese momento la adecuada. Aunque pareciera que las críticas que hace el Dr. Diazgranados son muy válidas, una

cosa, definitivamente, es estar ahí, y otra es estar afuera, mirando los toros desde la barrera.

Lo otro que también interesante de la exposición del Dr. Diazgranados, es que comenta, que en varias oportunidades el Dr. Lizarazo ofrecía al paciente chocolate; eso hace pensar que es posible, a veces, salirse de la ortodoxia, sin perder en ningún momento la neutralidad terapéutica y sin perder lo que se llama el 'estoicismo' del analista; esto da testimonio de una persona tan supremamente empática y tan humana que era capaz de entender exactamente qué era lo que necesitaba este paciente en un momento dado; creo que hay momentos cuando, en un día normal, lo que único que se necesita, en ese justo momento, es un vaso con agua, o un café con leche o un chocolate. Digamos que, el analista, puede ser capaz de entender o leer esa necesidad.

Para el Dr. Eslava, se trata de un trabajo exhaustivo, muy interesante. Incluso dice recordar al paciente, que el Dr. Rodríguez trataba, a la vez, con terapia de apoyo, pero se complicaba. En una ocasión llamó a alguien más para que le formulara al paciente, porque él no quería formularlo, sino hacer algo más psicoterapéutico -el paciente se tomaba una cantidad muy grande de Lorazepam, como quince o veinte tabletas al día-. Si a él le hubiera tocado evaluar a una persona como esta, no pensaría que era analizable, porque tenía un Trastorno fronterizo. Quizá lo pondría en terapia de apoyo; el hecho es que vio al paciente una vez vivo y otra vez prácticamente muerto, en la Clínica San Pedro Claver. Estaba en Urgencias, con un paro cardiorrespiratorio, en coma, no tenía reflejo corneano, y con el Dr. Rodríguez pensaba: 'qué vamos a hacer con este paciente, se necesita la mayor artillería del mundo', y se nos ocurrió ir al Dr. Lizarazo.

Opina, que es sumamente fácil, ahora, decir que determinada interpretación era oportuna. Varios años después recibió una llamada del

paciente y se enteró de que estaba bien o, por lo menos, que estaba vivo; así que lo que Etchegoyen llamaría el 'testeo de la interpretación', podría extenderse al 'testeo del Psicoanálisis'; este fue un caso exitoso: un paciente que salió prácticamente de la tumba, a su manera de ver.

Pero que ofreciera, cosas físicas, en lugar de interpretación, no era habitual, y explicaba a quienes estaban en Supervisión con él, que había tenido que aplicar un parámetro, como los de la Dra. Sechehai. Incluso, tal vez, el paciente le dijo, "¿Por qué no hace como la Dra. Sechehai, que le ofrece un seno simbólico, en forma de manzana, al paciente, cuando lo ve tan necesitado?" La respuesta de Dr. Lizarazo fue: "Bueno, como usted tiene la primera hora de la mañana, ¿por qué no desayunamos juntos?", con lo cual desarmó al paciente, en una secuencia resistencial muy fuerte. Si estuvo varias veces en momentos de una reacción terapéutica negativa y parece verse en el lenguaje mismo, cuando él le habla del control, el triunfo y el desprecio, está hablando directamente del artículo donde se describe clásicamente la reacción terapéutica negativa.

Por otra parte, el Dr. Eslava hace un comentario en relación con el escrito. Durante las Supervisiones, a veces no se tenían suficientes casos; muchas veces, no había ninguno. Entonces, el Dr. Lizarazo sacaba su cuaderno, y decía "les voy a leer estas sesiones", y eran sesiones de ese paciente donde él hacía algunas anotaciones al margen de tipo académico. Entonces, le dijo que había que publicar ese caso, y él contestó que no, con lo que se instauró en un tire y afloje hasta que, finalmente, prácticamente con Liborio Orejuela cogimos los cuadernos y se los hicimos transcribir a una secretaria. Él no quería comunicar absolutamente nada de esto pero, finalmente, dijo que iba a cambiar un poco la forma de la presentación y, seguramente, ahí sí apareció el lenguaje académico con que aparece hablando en las

interpretaciones, que, originalmente, no eran de esa manera, aunque por supuesto, él tenía un espíritu didáctico ante todo. Ahora bien, él conocía toda la teoría kleiniana, ni hablar de Kohut ("cuando yo vi por primera vez un libro de Kohut, fue el Análisis del Self, que Lizarazo tenía subrayado en cuatro colores"); sin embargo, es muy probable que él infiriera la técnica de la teoría que había leído en los autores kleinianos.

De manera que, todas estas intervenciones tan amplias y tan llenas de explicación, hacen pensar en un analista, que viendo un caso de semejante gravedad, busca su propia desconfusión y piensa en voz alta, ofreciéndole al paciente todos sus pensamientos, aunque en términos académicos; y puede que no llegara necesariamente al punto de urgencia -vamos a interpretar, con *timing-*, puede que no, pero era, definitivamente, como un libro abierto, que mostraba al paciente lo que estaba pensando de él, que era parte del compromiso adquirido. Este paciente no era nada corto de luces. Era bastante inteligente, muy enfermo y se comunicaba mucho a través del *acting-out*.

Según el Dr. González, una persona puede ser excelente psicoterapeuta, sin estar ceñido a una técnica analítica, incluso no se pudo mejorar a muchos esquizofrénicos en técnica de análisis directa, pero no se puede, realmente, estructurar una técnica con acciones psicoterapéuticas muy buenas o muy exitosas, hechas por una sola persona. La aplicación de esa técnica a la clínica, resulta muy obvia; hay personas que no son analista y han mejorado a muchísimos pacientes, no tienen ninguna técnica analítica, pero se habla es de la técnica del Psicoanálisis, qué tan lógica resulta y qué tanto no; por eso, cuando el paciente le dice al terapeuta, "usted está loco", eso debe

ser interpretado como que, realmente, en ese momento hay una locura, una dificultad para entenderse; hay dos realidades que no se pueden poner en contacto.

Otra observación es que las intervenciones, aunque muy buenas, eso de la realización simbólica también fue una técnica que se inventó, un poco improvisadamente; y sí ha dado resultados positivos en algunos casos algunos, pero no en la generalidad, más bien se presta a una intervención en otro terreno totalmente distinto, que es el de la 'actuación'.

Ahora se ha recorrido un poco, cómo se hace y cómo se maneja la efectucción, que es responder, contratransferencialmente, a una necesidad del paciente, con una actuación; pero, eso tiene su técnica y su manejo. Ahora ese elemento se está convirtiendo en técnica; afortunadamente, los analistas reconocen tener fallas y que los análisis son todos incompletos, porque eso es lo que permite seguir buscando la comprensión de nosotros mismos, seguir estudiando otras técnicas y mejorando nuestra situación personal, a través del conocimiento completo. Si fuera perfecto sería un desastre, y no daría margen a nuevos desarrollos.

El Dr. Eslava manifiesta su acuerdo con el Dr. González. Mientras que hay psicoterapia en el Psicoanálisis, no hay Psicoanálisis en la psicoterapia, esta es la gran diferencia. Entonces que cuando se habla de los resultados terapéuticos, se está hablando más de la psicoterapia, o de mejorar a la persona.

Finalmente, surge un comentario sobre el trabajo del Dr. Danilo: se resalta la importancia de la teoría vincular, que está presente en las protestas de Danilo, en cuanto a que el paciente pudo ser descalificado, en algunas comunicaciones que se daban en el terreno vincular.