

Conversación dialógica en la clínica de lo psíquico

Mauricio H. Bedoya Hernández¹, María Victoria Builes Correa², Mónica Schnitter Castellanos³

RESUMEN

En el presente artículo centramos la atención en la clínica de lo psíquico (psiquiatría, terapia familiar, psicología) a partir de la visión proveniente de la hermenéutica, la cual sostiene que hoy hay un cambio ontológico en el que se concibe al ser humano como sujeto narrativo, sujeto relacional y de acción. De esto se desprende una serie de implicaciones para la comprensión del ejercicio clínico en psicología: 1) se concibe la clínica psicológica como relación y encuentro entre el clínico y el consultante; 2) la conversación es su eje articulador; 3) la clínica psicológica busca que el consultante se rehistorice, construyendo un relato de sí que le permita comprender su padecimiento; y 4) ella se centra en la fenomenología del sujeto capaz dado que promueve la transformación del horizonte del consultante.

PALABRAS CLAVE

Interrelación; Psicología; Psicoterapia; Psicología Clínica

SUMMARY

Dialogic conversation in clinical psychology

This paper focuses mainly on the clinical practices addressing psychological issues (psychiatry, family therapy, psychology), as seen from the standpoint of hermeneutics. The hermeneutic approach states that there is currently an ontological change in which human beings are conceived as narrative, relational, and action subjects. This has several implications in the understanding of the clinical practice of psychology: 1) it is conceived as the relationship and encounter between the clinician and the patient; 2) conversation is the axis that articulates this practice; 3) the goal of the clinical practice of psychology is to have patients re-historize themselves, thus building a narrative that allows them to understand their own suffering; and 4) this psychology focuses on the phenomenology of the capable subject, as it promotes the transformation of the patient's horizon.

¹ Psicólogo, Magíster en Psicología, Licenciado en Educación. Docente del Departamento de Psicología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

² Médica, Terapeuta familiar. Docente de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

³ Psicóloga, Magíster en Psicología Clínica. Docente de la Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

Correspondencia: Mauricio H. Bedoya; csmauriciobedoya@antares.udea.edu.co

Recibido: abril 24 de 2011

Aceptado: junio 23 de 2011

KEY WORDS

Clinical Psychology; Interrelation; Psychology; Psychotherapy

INTRODUCCIÓN

Los esfuerzos y el tiempo dedicados al ejercicio de la clínica y a la reflexión en torno suyo, nos han permitido constatar que aquella acontece en un triple escenario, que al mismo tiempo se convierte en su condición de existencia: el lenguaje, la relación y la acción. Así vista, la clínica de lo psíquico (aquí nos referimos a las intervenciones tanto en psiquiatría, como en terapia familiar y psicología) es una experiencia que se da entre personas que hablan, conversan y se comunican cosas; pero, al mismo tiempo, la existencia del lenguaje no se entiende sino como emergente del vínculo con otros (1). Es decir, en tanto hablamos con un consultante, nos relacionamos con él. Por último, las personas que se relacionan son capaces de acción, lo que implica sostener que la conversación conlleva un proceso de transformación subjetiva.

El presente texto busca hacer una reflexión alrededor de este triple escenario. Atendiendo al hecho de que la clínica es una práctica y no una reflexión, el problema del lenguaje será abordado, reconociendo lo controversial que puede ser, desde la conversación clínico-consultante; el de la relación desde el encuentro y el de la acción desde las transformaciones subjetivas.

Las implicaciones del abordaje de este triple escenario no se dejan esperar: como clínicos, adquirimos la responsabilidad ética de reconocer que estamos implicados en una relación con un consultante que busca ayuda porque su mundo de la vida (2) ha devenido sufriente y angustiante; debemos saber que lo que hacemos, decimos y omitimos frente a aquel puede promover formas de existir subjetivas que estimulen o disminuyan su padecer. La subjetivación que los consultantes puedan construir para sí en la experiencia clínica pasa por la vivencia vincular con el terapeuta.

El contexto de emergencia de la clínica de lo psíquico, ya sea esta individual, de pareja, familiar o grupal,

requiere su justificación ontológica; sobre todo hoy que, como lo sostienen algunos, estamos en una época nueva.

HORIZONTE ONTOLÓGICO

Desde la perspectiva hermenéutica resulta imposible separar el sujeto-narrativo, el-sujeto-con-otros y el-sujeto-de-la-acción, dada la coextensividad fundante entre el lenguaje, la relación y la acción en la existencia misma del ser humano. No obstante, se realizará un acercamiento a estas tres dimensiones, sin poder evitar que el hablar de una lleve continuamente a las otras.

Una nueva época para el sujeto

La posmodernidad aparece como una forma de nombrar esa nueva época acaecida en los diversos ámbitos de lo humano (3-5) y justifica la emergencia del problema de la fundamentación del ser. Al respecto, Heidegger une ser y lenguaje en una tentativa por resolver tal problema. Para no caer en una nueva fundamentación del ser por el lenguaje, Heidegger asume la perspectiva de la radical finitud de la existencia del ser. Así en la ontología heideggeriana no es que el ser acaezca únicamente en el lenguaje, es que, cabalmente, acaece. Así, el ser heideggeriano es evento en el lenguaje. La existencia finita del hombre (6) se torna en un punto de recursión que permite el tránsito de la metafísica a la posmetafísica, de la modernidad a la posmodernidad, del ente al ser-evento. El pensamiento posmetafísico pasa del ser-moderno pensado como poseedor de estructura esencial y preexistente a sí mismo, al ser considerado que se hace, que es evento. Es el cambio del ser/estructura al ser/evento. El Ser no existe y en su lugar existe el ser que es acontecer. Así, el pensamiento se concibe como rememoración (7). Ya no se es "observador" del ser, ya no se lo mira desde el fundamento; no. Se lo rememora, se vive con él su evento, se construye con él su evento, y mediante una labor interpretativa, hermenéutica, el ser se abre a nuevas respuestas.

Acudimos entonces a la secularización del pensamiento, a la disolución de toda explicación cierta de la vida, a la consideración de que todo fundamento

(*archai*) es provisional. Esto exige la emergencia del *sentido* como lazo que unifica diversos aspectos de la experiencia humana; sentido que precisa el dominio de la *continuidad rememorativa*. La unidad pretendida busca hacer el mundo más vivible; pero ella no es perenne, sino hecha en el día-día.

Unido al problema ontológico del ser aparece el del sujeto como subsidiario. Para Gadamer (8), el sujeto moderno ha sido concebido como eso y se refiere a eso que resiste invariable el cambio en toda transformación. A él se le reconocen, como condiciones de existencia las facultades de conciencia de sí mismo, la reflexividad, la autorreferencialidad. No obstante, desde Nietzsche se anuncia la crisis de la subjetividad, como desenmascaramiento de la superficialidad de la conciencia (7), lo que pone en tela de juicio las nociones de verdad y conocimiento, puesto que los contenidos de la conciencia son ficciones reguladas socialmente a través del lenguaje. También la autoconciencia es en realidad la imagen de cada uno que los otros le transmiten. Así, la subjetividad trascendental husserliana es confrontada con la hermenéutica de lo fáctico en Heidegger (8). Lo fáctico es aquello que reviste indescifrabilidad, que no es transparente al entendimiento. El hombre es pensado por Heidegger, según Vattimo, como *poder ser*, como proyecto; y como todo proyecto es a cada instante, es acontecimiento, es posibilidad, es historia (7).

Lo dicho hasta el momento indica que existe el sujeto, pero sujeto acontecido en el lenguaje; sujeto que es a cada instante y cuyo devenir se liga a la ontología de la incertidumbre y la libertad; es un sujeto que puede conocerse, pero en la medida en que es atravesado por la mirada, ya es otra cosa; sujeto que hace la historia de sí y, por tanto, es sujeto narrativo.

El ser acontece en el lenguaje

El siglo veinte ha sido concebido como la época del giro lingüístico (7,9), que adopta dos premisas: la wittgensteiniana, la cual plantea que el lenguaje y el mundo son coextensivos, los límites del uno son exactamente los límites del otro; el mundo es lenguaje (9) y la premisa heideggeriana: el hombre no habla el lenguaje, sino que el lenguaje habla al hombre, de manera que lejos de dominar una lengua, como suele decirse, una lengua domina nuestro pensamiento y nuestras prácticas (9).

En tanto el ser acontece en el lenguaje, allí es donde se hace evento. Por esta razón, habrá que ir al lenguaje en el que el sujeto acontece, leer al sujeto allí, en una labor de interpretación, de búsqueda y construcción de sentido. La hermenéutica sostiene que el diálogo permite acaecimiento de la comprensión (7-11). Gadamer sostiene que la comprensión de lo hablado debe concebirse desde la situación dialogal, y esto significa, en definitiva, desde la dialéctica de pregunta y respuesta que permite el mutuo entendimiento y la articulación del mundo común (12).

Para Gadamer (12) el lenguaje es un acontecimiento del diálogo, lo que es retomado por Ricoeur, quien sostiene que el lenguaje no se realiza en proposiciones, sino como diálogo (13). Gadamer particularmente ha acotado la expresión conversación hermenéutica para indicar que el proceso hermenéutico es eminentemente lingüístico. El lenguaje no puede entenderse como el objeto de la hermenéutica –aunque sí de la lingüística– sino como su hilo conductor (11). Y, de esta forma, en el diálogo hermenéutico, el lenguaje aparece como experiencia del mundo. La conversación hermenéutica gadameriana se vincula con los juegos lingüísticos. Para Wittgenstein, los juegos de lenguaje son sistemas de mutuo entendimiento acontecidos en él. El juego lingüístico del diálogo aparece como conversación hermenéutica. En conclusión, la coextensividad de la hermenéutica y el lenguaje se da en el diálogo.

El ser acontece con otros

La línea que adopta el presente texto sostiene que existe el sujeto que acontece en la relación, que es serrelación, (14) no ser-en-relación, pues en este caso, sería un sujeto trascendente, un sujeto metafísico que posee, a más de las cualidades de subjetividad, conciencia, autotransparencia y sí mismo, la de relacionarse con otros. Serrelación significa que el sujeto es pero sólo acontecido en la relación consigo mismo, con los otros y con el mundo.

Clásicamente la constitución subjetiva se ha pensado alrededor de la identidad de la persona. Esto llevó al hombre moderno a plantear que la continuidad y la unidad aportan el sentido a la existencia y al mundo (15-17). Mismidad y la continuidad como órdenes básicos de la identidad (18-19). La identidad moderna es concebida de forma esencialista, como

un núcleo de permanencia, como una estructura (13). Aquí se inscribe el *yo pienso* cartesiano (20). Para el pensamiento posmoderno la unidad subjetiva es posible gracias al acontecimiento y la situación. Las ciencias sociales han enfatizado en que la identidad es una construcción social (2,20-23). Sujeto e identidad no son entidades biológicas y solipsísticas, sino emergentes del entramado social y cultural. Ricoeur (24,25) distingue identidad-ídem (mismidad) e identidad-ipse (ipseidad). La ipseidad no acude al recurso de un pretendido núcleo no cambiante de la personalidad, sino al de la alteridad. En su visión, **sí mismo como otro** sugiere, en principio, que la ipseidad del sí mismo implica la alteridad en un grado tan íntimo que no se puede pensar en una sin la otra (24). La identidad deviene en el plano de la alteridad. Hacer la trama de sí se convierte en una exigencia subjetiva (una versión de sí para sí mismo); pero también es una demanda intersubjetiva (para los otros). Narrarse es siempre narrarse para otros.

La intersubjetividad es definitiva en la constitución del mundo (8). El paso del “yo” y del “tú” a “los otros” ha propiciado la mejor manera de pensar la intersubjetividad: cualquier otro es al mismo tiempo el otro del otro. La emergencia de la intersubjetividad precisa de este *otro* en continuo intercambio de perspectivas. El *otro* es el *otro* de *otros*, lo que posibilita el tejido de una red que va constituyendo lo social.

Tanto en el concepto de *juego lingüístico* de Wittgenstein, como en el *ponerse de acuerdo* gadameriano es notoria una segunda coextensividad, la del lenguaje y la intersubjetividad. El diálogo es el lugar de acontecer de la intersubjetividad. Ricoeur señala que el discurso es el acontecimiento del lenguaje (13), que siempre está dirigido a alguien; es decir, el interlocutor es el destinatario del discurso, lo que hace que el lenguaje devenga comunicación. Por esta razón, el diálogo, entendido como comunicación, es la estructura esencial del discurso.

Cada interlocutor dialoga desde su propio horizonte (10). La interpretación, base de la comprensión, conlleva la creación de un horizonte tercero que excede el de los dialogantes, los cuales son dispuestos en él. En este sentido, los hablantes comienzan a pertenecer a un horizonte común (7). La conversación, en tanto escenario del evento hermenéutico (13)

configura un horizonte tercero a partir del texto de cada uno (7). Así, la vida de un sujeto se convierte en su texto. Este es narrado. Mediante la labor hermenéutica emergen unas nuevas narraciones, un nuevo texto subjetivo, dado intersubjetivamente en la conversación, en el diálogo. Esto permite reconocer una nueva coextensividad: la de la narratividad y alteridad.

El sujeto de la acción

En otro lugar, hemos sostenido que para Aristóteles la acción es la que hace ser al ser (26). En Schutz (23) la acción se asocia a la conducta que un acto preconice, es proyecto; la diferencia de acto, el cual es la acción cumplida. Bárcena y Mélich (27) sostienen que la acción es la actividad mediante la cual revelamos nuestra única y singular identidad por medio del discurso y la palabra ante los demás en el seno de una esfera pública asentada en la pluralidad. Por la acción mostramos quiénes somos y damos así respuesta a la pregunta: “¿Quién eres tú?” Arendt (28) asocia acción y discurso, dado que el acto primordial y específicamente humano debe contener al mismo tiempo la respuesta a la pregunta planteada a todo recién llegado: “¿Quién eres tú?” Ese descubrimiento de quién es alguien está implícito tanto en sus palabras como en sus actos. Acción y discurso son la base de la intersubjetividad, hacen al sujeto pertenecer al mundo de lo humano: mediante ellos, los sujetos muestran quiénes son, su identidad acontece en lo que hacen y dicen (29).

La visión gadameriana nos permite pensar una concepción de acción. Se refiere a la modificación del horizonte propio que acontece en toda conversación gracias a la labor hermenéutica y que busca la construcción de la verdad. Esta última aparece como evento que, en el diálogo, pone en obra y modifica, a la vez, tal horizonte (7). De acuerdo con esto, la verdad emerge de la experiencia que el diálogo posibilita, no solamente como una puesta en marcha del horizonte tercero, sino de su propia modificación. La verdad es la pertenencia de los hablantes a un horizonte común (7). Desde esta perspectiva, la solución al problema de la verdad hermenéutica viene dada en términos de narratividad e intersubjetividad. La identidad está continuamente siendo tejida, gracias a la labor siempre configurativa del relato, vía construcción de

la trama. Así, el tejido identitario que lleva al sujeto a narrarse para construir una explicación de sí ante sí y ante los otros, se ve sometido a una continua y veloz refiguración, lo que remite al problema de la acción. El concebir al ser humano como sujeto narrativo, serrelación y sujeto de acción, nos lleva a postular la idea de que la conversación es el eje articulador de la experiencia clínica.

LA CLÍNICA DE LO PSÍQUICO COMO ENCUENTRO Y RELACIÓN

Se entiende la clínica como asistir al enfermo en su lecho para su buen morir -en la antigüedad- o para curarlo, de ser posible -en la modernidad-. Podríamos suponer que en esta experiencia hay otra vivencia no nombrada: dos sujetos que se relacionan y se encuentran, cada uno con su ser, con su vivencia y con un lugar en el mundo. Así vista, lo más primario de la clínica es la relación y el encuentro clínico-consultante, donde se da la posibilidad de construcción subjetiva (29). Así, al ser el ser humano una construcción relacional, la subjetivación acontece en la relación (16,17,30-37).

El sujeto como serrelación está profundamente marcado por las tramas relacionales que históricamente han influido sobre su devenir. Entre estas tramas relacionales, los autores mencionados en el párrafo previo sostienen que las que más influyen en la forma como el sujeto construye su vida, su mundo relacional, son las primeras. Ellas inciden en las construcciones que la persona realiza en su vida diaria, en su mundo de la vida. El *pathos* y el sufrimiento del sujeto se expresan en la relación con el clínico, el cual debe ofrecer el espacio para que el consultante no reciba como respuesta a su manera de ser y relacionarse la misma hostilidad que recibe en su vida cotidiana por parte de los otros. Esto permite que el consultante pueda pensarse a partir no solamente de lo vivido cotidianamente, sino que lo pueda hacer a partir de lo vivido en la relación clínica. La clínica será, entonces, el espacio donde se destaja la urdimbre del sufrimiento humano, para tejer una nueva a partir de la experiencia clínica proveniente, por una parte, de la vida cotidiana del consultante y, por la otra, de la experiencia clínica

misma, de la relación clínica, del encuentro dado allí. La relación clínica habrá de habilitar el paso de una relación asimétrica o complementaria a una relación simétrica, en la cual, obviamente, cada uno aporta su subjetividad, su lugar, sus preguntas. Ello contribuye a que el consultante construya relaciones más simétricas en su vida cotidiana.

La mirada de cada uno cruza la relación clínica. El clínico mira la relación que acontece, lo que en ella se dice, el lenguaje que la cruza, mira una vida que se revela a él, la vida del consultante. Por otra parte, clínico y consultante tienen cada uno su mirada tanto previa a la relación clínica, como de la relación clínica misma. La clínica de lo psíquico es el espacio para que el consultante interroge su mirada, por cuanto que ella ha hecho que su *pathos* devenga angustia y sufrimiento. En la experiencia clínica cada uno razona desde su propio horizonte, a más de lo vivido en la relación clínica, su sufrimiento, su mundo de la vida, su existencia cotidiana, las narraciones que ha tejido de sí, del mundo y de los otros.

Desde las perspectivas relacionales en la clínica (36,38,39) se ha indicado que las herramientas promotoras del cambio psicológico son el vínculo terapéutico y la palabra. Nosotros sostenemos que los recursos fundamentales de la transformación en la clínica son el vínculo clínico y la palabra cruzada en él. La calidad de la relación que sostiene el par clínico promoverá o no en el consultante formas menos sufrientes de ser y de vincularse consigo mismo, con los otros y con el mundo. Al mismo tiempo, el clima relacional clínico se convierte en el contexto que le da su potencia a la conversación.

El escenario propio de la clínica será, por tanto, el definido por la dialéctica encuentro-desencuentro: al acudir al espacio clínico, el consultante llega con sus acuerdos/desacuerdos y encuentros/desencuentros consigo mismo y con los otros. La clínica de lo psíquico ofrece el ambiente y las condiciones para que estos desencuentros sean leídos, no solamente porque se dan en su vivencia cotidiana, sino porque ellos se replican en la relación con el clínico. De esta forma, una relación asimétrica podría estimular conversaciones en las que el clínico impone su saber, excluyendo al consultante y tornándolo objeto de intervención. Contrariamente, una conversación

dialógica emerge de una forma de relación en la que el par clínico se siente reconocido y localizado como interlocutor necesario. Esto nos permite adentrarnos en el problema de los estilos de conversación dentro de la clínica.

LA CONVERSACIÓN COMO EJE ARTICULADOR DE LA CLÍNICA DE LO PSÍQUICO

Como hemos dicho, la clínica de lo psíquico no solo se refiere a la atención individual, sino a ámbitos más amplios: de pareja, de familia, grupal, comunitaria y social. Clásicamente se la asocia con la psicoterapia, obturando sus propias posibilidades de ser mejor reflexionada y nutrida. Hemos visto que lo que nuclea la vivencia de la clínica es el diálogo (la conversación) clínico-consultante (aquí el consultante es concebido como la persona, pareja, familia o grupo que busca ayuda por parte de un clínico). Y nos preguntamos cuáles son las condiciones de una buena conversación entre el clínico y el consultante, cómo conversa el par clínico y en qué medida ello contribuye a la mejoría de este último. Frente al diálogo hallamos dos perspectivas bien definidas. De ellas habla Gadamer cuando, desde las consideraciones hermenéuticas, distingue entre conversación terapéutica y hermenéutica. Correspondientemente, desde las huestes de las terapias conversacionales, diferencia la conversación monológica de la dialógica (40).

La conversación terapéutica como práctica monológica

La conversación en terapia ha sido un espacio en el cual el paciente puede superar su padecimiento gracias a la acción experta del terapeuta. Así, la conversación terapéutica es unidireccional; uno solo de los involucrados en la conversación se transforma y transforma su dolor. Aquí se establece una relación de dominación respecto del consultante, en la que el poder estructura un orden para conformar sujetos y estratificar saberes, mediante discursos y prácticas (41). En la relación terapéutica algunos de esos discursos se refieren a lo normal-lo anormal, funcional-disfuncional, sano-patológico, entre otros. Aquí la perspectiva única es la impuesta por el terapeuta. Ella niega la existencia de otra conciencia

fuera de la propia; se hace sorda a la respuesta del otro y no lo reconoce como un sujeto con un saber sobre su propia vida, capaz de decidir.

Se critica de esta práctica unidireccional de la clínica su desconocimiento de los consultantes como sujetos capaces, la creencia de que la relación clínica no existe o puede ser controlada por el terapeuta y la imposibilidad de construir un saber conjunto acerca del padecimiento del paciente. Los terapeutas, al verse como observadores imparciales y objetivos, se distancian de la conversación, se aíslan en sus discursos preestablecidos, clasificatorios y deficitarios. Aíslan el problema del contexto social, psicológico, histórico del consultante, situación que puede tornar abrumador y monótono el ejercicio profesional (41). Como consecuencia, el terapeuta no se permite aprender e impregnarse del saber que cada sujeto que va a consulta trae impreso en su cuerpo, en su vivencia y en su discurso.

La conversación dialógica

En su *Verdad y Método* Gadamer (12) ha manifestado que en una auténtica conversación los hablantes saben dónde ella comienza, pero no saben de antemano dónde terminará, porque la comprensión surge de la construcción de un horizonte tercero, cocreado a partir del horizonte de cada uno. Esto no es una suerte de abandono de los horizontes individuales, sino la certeza de que el horizonte tercero los transformará. En este tipo de diálogo el clínico y el consultante mantienen su lugar, dado que el horizonte subjetivo no es disuelto, sino alimentado. Por ello el consultante sabe que está en el espacio clínico porque allí podrá dar respuesta a sus preguntas más profundas, aquellas que lo han llevado a padecer. El clínico ofrece un tipo de herramientas (el vínculo y la conversación) y espacios (el consultorio) que le permitan mantener su lugar y realizar su cometido, a saber, que el consultante viva una vida más vivible y estética.

Este tipo de conversación requiere que el clínico reconozca que el consultante es su par clínico; que se pregunta, conversa, se narra y que construye sentido. Exige, además, apreciar en la indescifrabilidad del ser humano que consulta la posibilidad de construir continuamente sentido. Nadie tiene la verdad del consultante, porque ella es construcción, siempre en

devenir. En la clínica de lo psíquico el consultante no descubre su verdad, en tanto verdad que le estuvo oculta, sino que la construye. El sentido es una construcción que acaece en el lenguaje, que aparece como relato. El lenguaje siempre hará emerger sentidos nuevos. Y dado que el lenguaje acaece en una comunidad lingüística, el sentido acontece intersubjetivamente. En la clínica, la intersubjetividad, la relación y el vínculo son el contexto natural del diálogo.

El consultante llega con un texto de sí, una historia, unos acaeceres de su mundo de la vida, una narración de sí. La clínica de lo psíquico permite que el consultante se narre, exponiéndose intersubjetivamente, para construir nuevos relatos/narrativas de sí que lo hacen ser. El hombre nuevo que promueve esta clínica es el hombre narrativo, que es otro en tanto otra narración de sí. Lo hermenéutico de la clínica consistirá, de acuerdo con lo expuesto hasta este momento, en lo siguiente: 1) descifrar el texto del consultante, similar a destejer la urdimbre doliente ya tejida; 2) descubrir los horizontes desde donde este ha urdido los hechos y acontecimientos de su existencia; 3) tejer una nueva urdimbre subjetiva, es decir, tejer un nuevo texto subjetivo, el cual no podrá pasar por el olvido del texto construido antes de la experiencia clínica; 4) lograr la historización del consultante. Así, la labor hermenéutica dentro de la clínica de lo psíquico integra texto e historia subjetiva.

Consecuentemente, el vínculo clínico no es dicotómico (experto-ignorante, activo-pasivo, sabe-no sabe, sano-enfermo). La confianza de cada uno en el aporte del otro lleva a descripciones más ricas del problema y a soluciones más novedosas y contextualizadas que pueden emerger no desde saberes colonizadores del clínico y su autoridad, sino desde la conversación recíproca que se ha ido tejiendo. El clínico interviene profundamente para la subjetivación de su consultante en la medida en que lo reconoce, lo valora y lo acepta. Le ofrece un espacio para que entre en lo que es, se narre a sí mismo y logre construir una trama de sí, historizándose.

Dimensión estética de la conversación

El ser humano se angustia cuando sus pasiones no le permiten realizar los valores que harían bella su existencia y ve dificultada la comunicación con el

otro (11). El *pathos* subjetivo posee una dimensión estética: el consultante no solamente se pregunta por su enfermedad, sino por cómo se ve y lo ven los demás, cómo puede realizar sus valores y comunicarse con los otros. Cuando las pasiones subjetivas entorpecen la ruta de la realización axiológica y comunicativa que lleva a lo bello de la existencia, el *pathos* se convierte en sufrimiento, en angustia. En la conversación clínica, el consultante hace la vida más vivible y rompe los círculos viciosos de su vida, instaurando círculos virtuosos. La conversación clínica hace más estética la vida del par clínico. Los consultantes emergen entonces distintos, con horizontes más amplios acerca del propio padecimiento o de los padecimientos pasados, con maneras nuevas de enfrentar el mundo y existir en él. Las condiciones para que una conversación clínica sea estética y permita en el consultante configurarse menos sufriendo son las siguientes (38):

1. El clínico debe centrarse en la comprensión y reconocimiento del consultante más que en la indagación de datos. Este, más que informador, es un sujeto que reclama un vínculo reparador. Centrarse en prejuicios valorativos, patológicos, normativos, científicos hace que el clínico ofrezca al consultante un vínculo que nada nuevo trae a su existencia.
2. El terapeuta debe estar abierto a aprender y comprender al consultante, para lograr entender la trama de su vida (24).
3. La conversación se inicia alrededor del padecimiento y la existencia del consultante, pero tiene un guión predefinido o universalizado de acuerdo con categorías diagnósticas. Ella debe privilegiar la actitud de estar dentro de la conversación y no por fuera como observador neutral y objetivo.
4. El clínico reconoce al consultante en dos vectores: el vincular (su contexto personal, de pareja, familiar, social y cultural) y el temporal (este navega en su presente, pasado y futuro) (42).
5. El clínico promueve un entorno de calidez y respeto, un clima emocional de bienestar y reconocimiento para los consultantes y para él mismo.

La conversación como promotora de la acción

La clínica busca que el consultante construya una vida más vivible y estética. El par clínico sabe que algo trunca la acción de aquel. Cuando una persona proyecta su acción y encuentra obstáculos en su realización, sufre por ello y siente que se pierde el sentido. El espacio clínico ofrece la posibilidad de realizar otra lectura del fracaso para recomponer la acción y hacer de la vida un proyecto cada vez más alcanzable. La clínica de lo psíquico es un escenario para narrarse y hablar de sus acciones ante otro, proyectándolas. La conversación hermenéutica es generadora de acción para el sujeto.

Pensamos la *acción clínica* como el conjunto de estrategias que se llevan a cabo en el ámbito clínico con el fin de realizar el cometido de la clínica de lo psíquico. La acción clínica no es llevada a cabo por el clínico o por el consultante, sino por ambos, cada uno desde su lugar, su búsqueda y su horizonte propio. Es decir, ella aparece como las transformaciones del horizonte tercero configurado a partir del horizonte de cada quien. Ellas llevan a la transformación del horizonte subjetivo. De esta manera, la acción clínica hace posible que el consultante se vea transformado.

La condición para que la conversación sea promotora de la acción en la vida del consultante es que ambos aporten su horizonte, sus saberes y su palabra para que cada uno se sienta reconocido. Retornamos aquí al invaluable asunto del reconocimiento dentro de la clínica de lo psíquico. Si, como lo plantea Ricoeur (43), el reconocimiento tiene dos voces, la voz activa (el reconocer) y la voz pasiva (ser reconocido), este es un concepto que expresa una experiencia profundamente vincular.

La propuesta ricoeuriana frente al reconocimiento plantea cómo este ha tenido tres recorridos:

- como identificación en Descartes y Kant. Los objetos se reconocen por sus rasgos generales, los sujetos por su particularidad;
- reconocimiento de sí, de las capacidades del sujeto, en una suerte de reconocimiento de sí como fenomenología del hombre capaz. El sujeto tiene poder para *decir* (hablar, conversar, significar, interpretar, reflexionar); *hacer* (capacidad de que ocurran acontecimientos en el mundo del sujeto,

la cual lo inscribe en el mundo de lo humano, de la finitud, la contingencia, dándole la adscripción de posibilidad y de libertad); *contar y contarse* (desplegar su capacidad de narrarse y contar la historia de sí y, de esta forma, rehistorizarse); *imputarse* (el sujeto se hace responsable de sus actos, asume las consecuencias de ellos). El hombre que se reconoce como capaz puede entonces hacer promesas (futuro), porque puede decir que va a hacer algo que puede contar y dejar contar a otros haciéndose cargo de ello; y

- como reconocimiento mutuo. Esta acepción nos lleva a tomar en serio la idea de que la clínica de lo psíquico es una experiencia profundamente vincular que privilegia el serrelación. Tanto el clínico como el consultante saben que necesitan del otro para ser tales. Así, cuando hay reconocimiento mutuo, se estimula la conversación subjetivadora.

La fenomenología del hombre capaz despliega toda la capacidad de acción en el sujeto. Solo quien se descubre capaz logra hacer una trama estética de su propia vida, se siente digno de decir, hacer, contarse y hacerse responsable. Es la posibilidad que surge como alternativa para transformar la realidad personal y social. En la clínica de lo psíquico el instrumento para esto es la conversación; a través de ella el consultante puede narrar y renarrar sus historias para librarse del laberinto del sufrimiento, para curarse mediante la palabra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eagleton T. Una introducción a la teoría literaria. México, D.F: Fondo de Cultura Económica; 1988.
2. Habermas J. Pensamiento postmetafísico. México: Taurus; 1990.
3. Bermúdez K. Para entender a Lyotard en el ámbito de la posmodernidad. Folios, segunda época. 1996;(6).
4. Girón J. Modernidad. Re-lecturas. 1993;6(16):8-14.
5. Lyotard J-F. La posmodernidad (explicada a los niños). 3rd ed. Barcelona: Gedisa; 1994.
6. Foucault M. Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas. México, D.F: Siglo XXI; 1998.

7. Vattimo G. *Ética de la interpretación*. Barcelona: Paidós; 1991.
8. Gadamer HG. *El giro hermenéutico*. Madrid: Cátedra; 1998.
9. Scavino D. *La filosofía actual: pensar sin certezas*. Argentina: Paidós; 2000.
10. Ure M. *El diálogo Yo-Tú como teoría hermenéutica en Martín Buber*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2001.
11. Ferrater Mora J. *Diccionario de filosofía*. Barcelona: Editorial Ariel; 1994.
12. Gadamer H-G. *Verdad y método*. 6th ed. Salamanca: Ediciones Sígueme; 1996.
13. Ricoeur P. *Del texto a la acción: ensayos de hermenéutica II*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2001.
14. Bedoya Hernández MH. *Acercamiento a las condiciones de posibilidad de una clínica psicológica posmoderna*. Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia; 2006.
15. Coderch J. *La relación paciente-terapeuta: el campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós; 2001.
16. Mahler MS. *El nacimiento psicológico del infante humano; simbiosis e individuación*. Buenos Aires: Marymar; 1977.
17. Spitz RA. *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica; 1974.
18. Erikson EH. *Infancia y sociedad*. Argentina: Honne; 1973.
19. Levita DJ de. *El concepto de identidad*. 3rd ed. Buenos Aires: Marymar; 1977.
20. Finke SRS. *Husserl y las aporías de la intersubjetividad*. *Anuario filosófico*. 1993;26(2):327-60.
21. Berger PL, Luckmann T. *La construcción social de la realidad*. Bu: Amorrortu; 2005.
22. Martínez Barreiro AM. *La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas*. *Papers*. 2004;73:127-52.
23. Schutz A. *El problema de la realidad social: escritos I*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
24. Ricoeur P. *Sí mismo como otro*. 3rd ed. México, D.F: Siglo XXI; 2006.
25. Ricoeur P. *Historia y narratividad*. Barcelona: Paidós; 1999.
26. Bedoya Hernández MH, Builes Correa MV, Lenis Castaño JF. *La acción educativa como acción narrativa*. *Rev latinoam cienc soc niñez juv*. 2009;7(2, suppl.1):1255-71.
27. Barcena Orbe F, Mèlich JC. *La educación como acontecimiento ético: natalidad, narración y hospitalidad*. Barcelona: Paidós; 2000.
28. Arendt H. *La condición humana*. 3rd ed. Barcelona: Paidós; 1993.
29. Bedoya Hernández MH, Builes Correa MV. *El acto médico como ética de la relación*. *Iatreia*. 2009;22(1):47-54.
30. McNamee S, Gergen KJ. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós; 1996.
31. Prigogine I, Fried Schnitman D. *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad: ponencias*. Argentina: Paidós; 1994.
32. Bleichmar H. *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós; 1997.
33. Coderch J. *La relación paciente-Terapeuta: el campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós; 2001.
34. Greenberg JR, Mitchell SA. *Object relations in psychoanalytic theory*. United States of America: Harvard University Press; 1983.
35. Mitchell SA. *Conceptos relacionales en el psicoanálisis: una integración*. México, D.F: Siglo XXI; 1993.
36. Horner AJ. *Object Relations and the Developing Ego in Therapy*. 2nd ed. New York: Jason Aronson; 1981.
37. Guntrip HJS. *El Self en la teoría y la terapia psicoanalíticas*. Buenos Aires: Amorrortu; 1973.
38. Anderson H. *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu; 1999.
39. Horner AJ. *Psychoanalytic object relations therapy*. New Jersey: Jason Aronson; 1991.
40. White M. *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa; 2002.
41. Díaz E. *Michel Foucault: los modos de subjetivación*. Buenos Aires: Editorial Almagesto; 1993.

42. Bedoya Hernández MH. La construcción subjetiva en la clínica de lo psíquico. Acta Colombiana de Psicología. 2010;13(1):71-8.

43. Ricoeu P. Caminos del Reconocimiento. tres Estudios. México, D.F: Fondo de Cultura Económica; 2006.

**La Revista Iatreia agradece el apoyo de la
Fundación Cátedra
Fernando Zambrano Ulloa**