

ENTREVISTA CON: ROBERTO ARENDAR

Por Raúl Naranjo¹



Raúl Naranjo: Roberto, tus intereses en los últimos tiempos han estado centrados en diferentes aspectos.

Por ejemplo, en reflejar cómo nos experimentan los pacientes a los terapeutas, poniendo el relato precisamente en la voz de estos pacientes... ¿Cómo surgió este interés?

Roberto Arendar: Bueno pues a través del contacto clínico con mis pacientes y del relato que me hacían de sus experiencias terapéuticas anteriores, de pronto empecé a encontrar ciertos lugares comunes que se repetían y que habían tenido un efecto de ahuyentarlos de los consultorios o de hacerlos decepcionar del poder terapéutico de la experiencia que estaban iniciando. Esos eran pacientes que podían haber sido tranquilamente muy beneficiados en su momento por un tratamiento llevado a cabo bajo criterios más saludables y adecuados que otros.

Y entonces me sentí como con la obligación moral de transportar esa experiencia de pacientes a un trabajo para difundirlo y porque sentía que muchas de las cosas que yo recogía en mi consultorio no era al único al que le pasaban, pero que no estaban plasmadas adecuadamente en los trabajos que uno solía leer. O sea es difundir estas cuestiones, compartirlas con otros colegas... bueno me pareció que era algo que podía ser útil precisamente para disminuir la tasa de deserciones y que los pacientes, cuando se juegan y apuestan, y van a un consultorio superando seguramente trabas y temores, no vieran defraudadas sus expectativas

RN: Y yendo un poco más a tu historia personal, Roberto, ¿cómo fue en tu caso la vivencia de buscar y encontrar un analista?

RA: En mi historia personal, mi primer analista, de un análisis que duro como 9 años, fue un análisis didáctico que inicié allá por el año 1984. Empecé un análisis personal que después se transformó en análisis didáctico, porque era un analista

didacta de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Yo quería hacer la formación analítica así que empecé con ese analista. Bueno, y la búsqueda fue a través de consultar mi referencia médica en ese momento, mi primo mayor ya fallecido, que era un ortopedista muy conocido. Y entonces le pedí asesoramiento a él, me recomendó a un amigo de él que era también analista de esa institución y después de esa entrevista me recomendó al que fue después mi terapeuta y con el que hice el análisis didáctico. Análisis que no me dejó para nada satisfecho. Y que me hizo... y es algo que ahora lo estoy pensando, sobre lo cual también voy a escribir, acerca de las graves distorsiones y de los elementos perversos que están encerrados en un análisis didáctico en donde la supeditación a la institución, la necesidad de aprobarlo, el temor a que como consecuencia de un desliz o de un cuestionamiento eso te signifique la exclusión... hace que muchas cosas vos te las tengas que tragar, que no tengas la libertad de expresarte... como si lo tuve en el segundo análisis. El segundo análisis fue ya fuera de esa presión y por lo tanto fue un análisis que me rindió, que aproveché mucho más, pero en donde fundamentalmente tenía la libertad de cuestionar, de enojarme, de discrepar y eventualmente, como ocurrió, cuando vi que había algo que no me cerraba, cuando vi que el analista no estaba a la altura de las expectativas que yo tenía, o que no respondía como yo creía que hubiese sido adecuado responder, bueno ahí lo interrumpí. Pero, hasta eso fue terapéutico. Entonces entre el análisis didáctico y mi segundo análisis hubo un abismo de diferencia.

RN: Otro de los campos en los que has mostrado mucho interés y en los que has trabajado es el de la vergüenza. Ya te pudimos escuchar en Madrid en aquella sesión que tuvimos con tu trabajo. ¿Qué papel crees tú que puede adquirir la vergüenza dentro de la psicoterapia?

RA: Bueno como creo que en alguno de los trabajos lo pongo, el afecto de la vergüenza ha sido un poco la cenicienta en psicoanálisis. Siempre quedó un poco relegada, siempre quedó más adscrita a las primeras conceptualizaciones de Freud y por lo tanto su poder explicativo, su ubicuidad en los hechos clínicos pasó desapercibida. Por lo tanto creo que la vergüenza y su papel de freno de las iniciativas, de inhibición, de trastornos en las relaciones interpersonales, de cómo incide en las interacciones cotidianas de las personas, las defensas que utilizamos para disimular u ocultar ante nosotros mismos o ante los demás ese sentimiento, son cuestiones que en la medida en que las he explorado y estudiado, me han realmente enriquecido notablemente en mi arsenal clínico. Me ha ayudado a comprender mucho más las circunstancias vitales que mis pacientes me relatan. Y esa es la principal virtud que creo que tiene el estar empapado en este tema. La mayor riqueza, y equipamiento clínico que se deriva de este conocimiento.



RN: Otro de los aspectos que a veces has reflejado es uso de cuentos infantiles, personajes universales, las metáforas, etc. como técnica facilitadora de la elaboración, de la terapia... ¿cómo surgió y por qué este interés?

RA: Bueno, mi preocupación en aquel momento y que sigue vigente hoy es encontrar las maneras más adecuadas, más elocuentes, más eficaces de poder establecer contacto con mis pacientes y de comunicarles mis comprensiones. Y en mi experiencia, utilizar las metáforas en forma de películas, de cuentos infantiles, utilizar también juiciosamente, pero utilizar al fin, experiencias personales que me parecen oportunas y que me parecen gráficas para ilustrar un determinado brete o situación conflictiva o dificultosa en que se encontraba el paciente. Creo que hay muchos supuestos a los que estábamos atados los psicoanalistas, supuestos acerca de la neutralidad, el anonimato, de ser como un espejo que refleja y no contaminar al paciente y a la transferencia con nuestra subjetividad, que en la medida que se han ido cuestionando y diluyendo han ampliado nuestros horizontes y nos han liberado de trabas que frenaban nuestra espontaneidad y la posibilidad de utilizar una gama muy amplia de intervenciones. Y todo aquello que sirve y que permite como decía recién, establecer un contacto más íntimo, más profundo, más comunicativo con el paciente, todo aquello que sirve para que el paciente se sienta mejor, crezca, remueva obstáculos, vale y sirve, y lo utilizo y pruebo...

RN: Al respecto de esto, he de decir que las metáforas son algo que utilizo frecuentemente, porque me sale de forma natural y porque veo la utilidad claramente. Es decir, cuando al paciente le hablas del problema poniéndolo en otro lugar, con otros personajes, a veces lo ven más fácilmente que cuando recae más directamente sobre ellos.

RA: Así es, yo también estoy de acuerdo, si. Creo que otra de las lacras yo diría del psicoanálisis es su tendencia, que aun sigue vigente en muchos círculos, a ser innecesariamente abstruso, rebuscado en su formulaciones. Y creo que es algo refrescante y saludable y además eficaz, cuando podemos expresar las cosas que pensamos y sentimos, no solamente a los pacientes, sino también a los colegas de una manera que sea clara; no simplista, clara. Y expresado de una manera tal que pueda llegar, que pueda ser comprensible

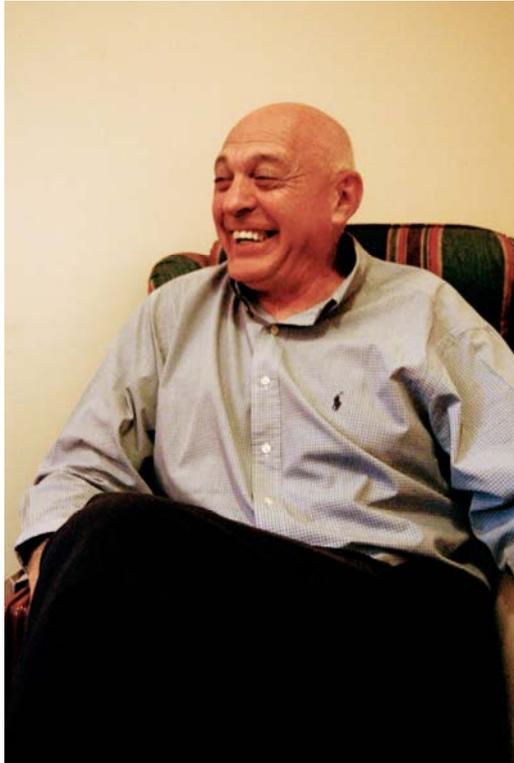
RN: Siguiendo con el tema de la vergüenza, tú no solo has hablado de la vergüenza de los pacientes, sino también de la vergüenza de los terapeutas y creo que es un tema muy interesante. ¿Qué nos podrías contar de cómo los terapeutas experimentamos la vergüenza?

RA: Bueno creo que la tendencia que yo he observado en mi y en otros colegas es la tendencia a vivir la vergüenza, es decir el reconocimiento de una falla, de un error, de un olvido, de una manera extremadamente persecutoria. Y creo que cuando eso ocurre así, cuando en lugar de utilizar ese afecto como una señal para dirigir hacia eso nuestra atención y poder explorar y poder sacarle el jugo a esa experiencia, aprender de ella... cuando predomina esa vivencia persecutoria y nos lleva a defendernos, ocultando o disimulando, la terapia o psicoanálisis, pierde la posibilidad de hacer un buen uso de esa confusión, de esa equivocación, y entender a que obedece. Hace poco, por ejemplo, me ocurría con una paciente nueva, que tendía a confundirle su nombre. Y yo no me suelo confundir los nombres de los pacientes. No voy a contarte toda la serie de conclusiones a las que arribamos, lo que si puedo decirte es que poder aproximarme a ese hecho, a ese reconocimiento de mi error, sin quedar aplastado por la vergüenza, pero tampoco ignorando el hecho, nos permitió sacar conclusiones muy ricas acerca de qué nos estaba hablando ese suceso.

RN: Precisamente en el último artículo que has escrito recalcas la importancia del uso expresivo de la subjetividad y como a su vez esto puede servir de modelo para el paciente.

RA: Así es, hay una cosa que no puse en ese trabajo pero que ahora que vos lo mencionas, creo que vale la pena subrayarlo. Esta terapeuta que yo cito en el último trabajo: “un buen trabajo”. En donde esta terapeuta puede decirle al paciente como se sentía, y puede reconocer como se sintió coaccionada por ella, acorralada como un animal... es la misma terapeuta que en mi primer trabajo sobre la vergüenza (“las cosas que le dan o le daban vergüenza a los psicoanalistas”) cuando un paciente le pregunta si el perro que se oía ladrar en el consultorio era de ella, ella dice: “no, no es mío”. Le da tanta vergüenza, que eso impide el significado que eso podía tener o que significaba. Y es la misma terapeuta que 10 años después de haber participado en nuestros grupos, y de haber discutido estas cuestiones, hoy por hoy es capaz de hacer un uso creativo de su subjetividad como muy bien tu lo señalas. Entonces es realmente una satisfacción muy importante, es un orgullo. Porque hay un contraste muy marcado entre aquel momento y este. Un cambio muy significativo que además se refleja en como evolucionó este último paciente.

RN: Y a tu juicio, Roberto, precisamente enlazando con esto que estamos hablando, ¿Cuáles crees tú que son los elementos, por así decir, centrales que permiten que se dé el cambio psíquico, o que una terapia o análisis funcionen, vayan a buen puerto?



RA: Que pregunta ¿no?. Es una pregunta central hoy por hoy. Sin dejar de lado el lugar que todavía ocupa la comprensión, el insight, el conocimiento, sigo pensando que un factor decisivo en la posibilidad de que una terapia funcione es el compromiso afectivo con el cual uno asume esa tarea. El amor que uno pone en lo que hace, la preocupación genuina por la persona que uno tiene enfrente, el deseo de ayudar, el apelar a la creatividad para encontrar maneras de comunicar con ese paciente particular que uno tiene adelante, el estar más libre de esos grilletes que nos imponen esos supuestos irracionales a los que estuvimos encadenados durante mucho tiempo, ... yo te diría que a vuelo de pájaro estos son los factores que yo hoy por hoy considero como esenciales.

RN: Se también de tu interés, no tanto directamente a como se ha concebido habitualmente la agresividad, pero si en cuanto a concebir esta de una manera diferente, precisamente puesta en relación con el afecto de la vergüenza.

RA: Bueno digamos que la aproximación comprensiva con la que yo estoy más en sintonía es la que aparece en el capítulo sobre la agresión en el libro "Hope and dread in psychoanalysis" de Stephen Mitchell, el libro del 93. En donde él hace una conjunción muy interesante porque por un lado toma en cuenta lo constitucional, el temperamento con el cual venimos al mundo, él dice que todo aquel que haya trabajado con bebés, sabe que hay bebés que son más sensibles y otros que son menos sensibles, algunos que toleran mas, otros que toleran menos la frustración, hay una amplia gama; entonces el incluye por un lado lo temperamental, lo constitucional, pero por supuesto también incluye cómo la agresión es una reacción a algo vivido subjetivamente como una amenaza, como algo peligroso. Eso por un lado. Y por otro lado los desarrollos teóricos que a mi me han ayudado muchísimo en acercarme al tema de la agresión y poder distinguir, porque además tiene valor práctico, clínico, entre la agresividad, la rabia, la hostilidad destructiva y la agresión autoafirmativa han sido los trabajos de Joseph Lichtenberg, sobre todo uno que apareció en la revista aperturas, "El odio rencoroso y vengativo". En donde él hace una semiología muy fina y muy interesante con respecto al poder comunicacional y la agresión, la diferencia entre la rabia y el enojo autoafirmativo, la diferencia entre

el odio común y el odio rencoroso y vengativo... son matices y diferencias, que insisto, es bueno saberlas y conocerlas porque tienen implicaciones prácticas muy diferentes. Y muchas veces en los textos psicoanalíticos uno tiende a ver como se mete en una misma bolsa la agresividad, como si la agresividad fuese algo que abarcara todos los fenómenos. Y no es así, hay distintos tipos, desde como te decía, va desde un enojo autoafirmativo hasta la agresividad plagada de resentimiento, destructividad y deseo de arruinar que está en el otro extremo. Entonces creo que es importante conocer estos distintos tipos de hechos clínicos y también conocer los contextos intersubjetivos que hacen que predominen unos u otros. Y eso te orienta mucho en la clínica.

RN: Has hablado de algunos autores como Stephen Mitchell, como Joseph Lichtenberg... ¿qué autores han sido los más influyentes para ti y cuáles serían actualmente las lecturas que te tienen más atrapado?

RA: Bueno Joe Lichtenberg, Stephen Mitchell, Bowlby han sido autores que me han marcado a fuego en mi formación psicoanalítica. Y últimamente el que me tiene más encandilado y con el cual me siento más identificado, que leo y releo, es Paul Wachtel. Sobre todo en su último libro, que para mi sorpresa he encontrado un montón de afinidades. Y realmente leerlo, releerlo, intercambiar ideas con él, es y ha sido una experiencia muy satisfactoria. Y eso es lo que hoy por hoy me tiene más capturado.

RN: Para terminar, Roberto en tu último artículo hablas de vuestro grupo al que tengo el gusto además de conocer, y de la evolución que habéis tenido en estos últimos 10 años. Ya que lo has traído en el artículo me gustaría que nos ampliases un poquito más hacia donde os queréis dirigir como grupo en los próximos 10 años, si cumplís otros diez años juntos?

RA: La verdad que estamos muy contentos y yo me siento muy orgulloso de coordinar y haber coordinado un grupo con esas características. Porque ha sido un grupo muy fecundo, nos hemos sentido y nos sentimos muy cómodos. Es un lugar donde hemos podido discutir ampliamente, libremente, sin estar perseguidos por como iba a ser tomado lo que dijéramos. Hemos sido capaces de crear en el trabajo un clima emocional tal que ha permitido la gestación de trabajos ya sea a título individual o colectivo. Entonces le otorgo un valor muy importante. No se cual va a ser el devenir de ese grupo de acá a diez años, lo único que te puedo decir es que por ahora, ojala que siga porque la pasamos bien, nos divertimos, y es un lugar que nos produce mucho placer estar.

RN: Pues muchísimas gracias Roberto, ha sido un placer.

Madrid – Buenos Aires. Mayo 2009



El grupo coordinado por Roberto Arendar lo componen (de izquierda a derecha): Dra. Julia Freidin de Liberman, Lda. Hilda Cerrota de Binaghi, Alejandro Huberman, Roberto Arendar, Lda. Pilar Dávila y Lda. Lidia Tolomei (ausente en la foto la Dra. Gertrudis Bott

ⁱ Naranjo, R. (2009). Entrevista a Roberto Arendar. *Clinica e Investigación Relacional*, 3 (2): XXX-XXX.