

TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

Transferencia

La transferencia es un concepto central en la clínica psicoanalítica. Se puede decir que sin transferencia no hay posibilidad de construir un espacio analítico. Sin embargo Freud no la pensaba así en un primer momento, a lo largo de su obra fue modificando su concepto y conforme avanzaba en su teoría fue otorgándole un lugar más privilegiado y esencial en la cura analítica. En los inicios la transferencia era considerada algo contingente, que a veces aparecía y molestaba; luego pasará a ser condición del tratamiento. En el texto “Sobre la dinámica de la transferencia” (1912) Freud dirá: *“Aclarémonos esto: Todo ser humano por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia adquiere una especificidad destinada para el ejercicio de su vida amorosa: para las condiciones de amor que establecerá, las pulsiones que satisfará, así como las metas que se fijara. Esto da por sentado un clisé que se repite, es reimpreso regularmente en la trayectoria de la vida”* (p. 97). Este clisé o molde conserva los modos de satisfacción pulsional, de vinculación y de elección de amor infantiles y se reactualiza de modo inconsciente en la persona del analista, permitiendo así su abordaje. Este fenómeno no se trata de un acto voluntario ni se puede evitar. Sin ella, nada podríamos saber sobre los conflictos infantiles o los deseos inconscientes. Sin embargo, el sujeto no sabe que está repitiendo y vivirá los sentimientos despertados con suma actualidad. Es trabajo del analista poder maniobrar y correrse de ese lugar en el cual será ubicado.

Freud pone el punto en que el analista podrá comenzar a realizar intervenciones cuando una transferencia operativa -positiva tierna- esté instalada. Esto quiere decir que la transferencia no siempre acontece como motor del tratamiento. Según el tinte del afecto la divide en positiva y negativa. La positiva a su vez se subdivide en tierna y erótica, siendo la primera la deseada y motor de la cura; la misma se caracteriza por sentimientos amistosos, susceptibles de conciencia, hacia el analista, lo que posibilita un buen rapport, confianza, interés por el análisis y, lo más importante, la instalación de la regla fundamental que es la asociación libre. Esta transferencia no se interpreta ni se analiza. En cuanto a la positiva erótica, comprende un enamoramiento hacia el analista, el paciente pierde interés en la asociación libre y solo quiere hablar de su amor y ser correspondido. Por último, la transferencia negativa encarna sentimientos de hostilidad, el paciente no quiere ir más a análisis, falta sin avisar, se aburre, pelea con el analista y no puede asociar libremente.

Ahora bien, tanto la transferencia negativa como la positiva-erótica, Freud dirá que son un obstáculo al análisis. Esto quiere decir que ambas interrumpen la asociación libre y la posibilidad de recordar. En la Conferencia 27 Freud describe que, en tanto la transferencia opere a favor del análisis, nada se sabe de ella. Sin embargo, al momento de hacer obstáculo notamos que el paciente deja de asociar y comienza a actuar. Esto puede suceder cuando el analista se va acercando a ciertos contenidos inconscientes, va penetrando capas de resistencia y se va acercando al núcleo patógeno. Cuando estalla transferencia como

obstáculo y se erigen las resistencias, la persona en lugar de asociar vía el pensamiento, actúa frente al analista. La libido comienza a realizar un camino inverso, vía la regresión y reanima las imágenes infantiles. La cura analítica tiene como deber ir tras ella y será justamente en ese momento que estallará un combate en el que dos fuerzas opuestas se van a encontrar: el deseo del analista de liberar la libido escondida versus las fuerzas que causaron la regresión de la libido, que se elevarán como resistencia al trabajo analítico.

La resistencia es la que se sirve del enamoramiento o de la hostilidad con el objetivo de inhibir la continuación de la cura. Teniendo presente esto, el analista no debe jamás aceptar el lugar que le propone el paciente, debe correrse y no ofrecerse como satisfacción sustitutiva. En Puntualizaciones sobre el amor de transferencia, Freud se refiere a esto como “dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza, como fuerzas pulsionantes del trabajo y la alteración y guardarse de apaciguarlas frente a subrogados”. Esto derivará en la creación de otra regla central del método analítico que es la Abstinencia. La cura debe ser realizada en abstinencia. Sin incitar al paciente a sofocar lo pulsional, la tarea del analista está encomendada a intentar traer nuevamente la asociación libre, transformar las resistencias en un recuerdo y promover el trabajo psíquico. No tendría sentido convocar lo reprimido a la conciencia para volverlo a reprimir. Esta es la particular manera de “recordar” que tienen los neuróticos, por lo que podemos dejarle a la transferencia el lugar para que se despliegue la repetición, porque es desde la transferencia que se puede convertir esta repetición en recuerdo y obrar en análisis para una cura posible.

Contratransferencia

Freud define la contratransferencia en Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica (1910) como “*la respuesta emocional del analista a los estímulos que provienen del paciente, como el resultado de la influencia del analizado sobre los sentimientos inconscientes del analista*”. Frente a esto, es posible encontrar tres maneras distintas de pensar y trabajar la contratransferencia en la clínica:

1. La primera forma es la de Freud: la menciona como un obstáculo a ser removido ya que obtura la escucha analítica. Hay que reducir -en la medida de lo posible- las manifestaciones contratransferenciales mediante el análisis personal del analista para que la situación analítica quede estructurada como una pura pantalla proyectiva.
2. La segunda forma propone utilizar, de manera controlada, las manifestaciones de contratransferencia en el trabajo analítico. Siguiendo a Freud, dice que cada uno posee en su propio inconsciente un instrumento con el cual puede interpretar las manifestaciones del inconsciente de los demás. Es decir, el analista puede captar desde su propio inconsciente algo de las manifestaciones inconsciente del paciente.
3. La tercera forma propone guiar las intervenciones mismas por la contratransferencia: esta postura es fuertemente criticada por Lacan ya que operar en análisis a partir de la

interpretación de la contratransferencia decanta en intervenciones desde el plano imaginario (a-a').

Paz - Preliminares sobre la contratransferencia

Paz define a la contratransferencia como “*la activación de vínculos y fantasías primarias suscitadas en el analista a partir de lo manifestado por el analizado en un proceso analítico*”. La sitúa como un emergente intrínseco y constante de la estructura básica del campo transferencial. Lo que manifiesta es que, gracias a la contratransferencia, se puede indagar en las configuraciones propias y específicas del campo analítico. Esto permite que el compromiso del analista en el movimiento transferencial devenga un instrumento de operación clínica. Así, Paz se sitúa dentro de la segunda forma descrita de concebir a la contratransferencia diferenciándose de Freud quien la considera como un obstáculo a ser removido.

Para Paz, la contratransferencia es favorecida por la atención flotante y moviliza los aspectos disociados del analista. Esto quiere decir que al analista le surge algo en relación al relato del paciente y lo toma, interrumpiendo la regla de la atención, pero esto que le surge probablemente tenga que ver con material valioso, por lo tanto buscar eliminarla condenaría todo este material que aparece. Y aunque inicie como una dificultad para la tarea analítica, el resultado dependerá de cómo se la tramite, lo importante es no pensar que hay que eliminarla ya que es inherente a la tarea. Pensar que el relato del paciente no afecta al analista, promueve una imagen del analista cual intérprete robotizado. La contratransferencia necesita contención y elaboración para que realmente pueda ser utilizada como un instrumento operativo, con lo cual no es recomendable darle una simple lectura. El objetivo de Paz es, sin negar la contratransferencia, recuperar el lugar de neutralidad del analista.

Una manera que tiene el autor de adjetivar este fenómeno contratransferencial es como complicación fecunda. Se refiere a que, siendo este un fenómeno inherente a la situación analítica, si es trabajado y elaborado correctamente, puede ser un valioso instrumento para operar en la clínica; sin embargo, un mal manejo por parte del analista puede incurrir en una

liquidación del mismo. Es importante ser sumamente cuidadoso. Incorporar un trabajo sobre la contratransferencia en una situación analítica no tiene que ver con olvidar la implícita asimetría del vínculo terapéutico. La situación analítica tiene que ver con dos lugares específicos: paciente y analista; lo que no quiere decir que sean dos lugares iguales. Al hablar de igual a igual se corre el riesgo de caer en una personalización simetrizante. Si, por ejemplo, uno se siente muy molesto por una determinada situación con el paciente, se puede incurrir en intervenir de Yo a Yo. Paz aconseja evitar estas intervenciones y recomienda tomar esa molestia que se generó como un indicio de que hay algo y no hay que dejarlo pasar; probablemente sea un indicio de situaciones del paciente. Si esto se interpreta de manera directa, la contratransferencia perturba la asimetría analítica (Lacan: a-a') y se puede liquidar la situación analítica.

Frente a esto, propone una especie de instrumentación de la contratransferencia:

- 1º: Aparece una respuesta emocional profunda y enigmática por parte del analista. Los sentimientos y las representaciones suscitadas conmueven y perturban el lugar del analista.
- 2º: Se hace necesario algún tipo de intervención para recuperarse del involucramiento; intervención con uno mismo como analista, no con el paciente.
- 3º: Si se logra con éxito, probablemente haya un avance y una consolidación del proceso analítico.

Lacan

Lacan critica fuertemente que la contratransferencia se utilice para las intervenciones. A partir de un caso clínico, expone sus fundamentos. Intervenir en el plano imaginario, le devuelve al sujeto la unidad yoica, pero quedan veladas las cuestiones inconscientes del plano simbólico. Esto no quiere decir que Lacan niegue que el analista pueda tener sentimientos por el paciente, sino que para él no deben tener lugar en el terreno analítico.

Tomando como referencia el esquema Lambda (Z), las intervenciones que se den en el eje a-a' bloquean la posibilidad del acceso al inconsciente. En este eje se encuentra la palabra vacía. Lo que propone Lacan es que las intervenciones, para que tengan realmente efecto, deben darse en el eje simbólico S-A. Ese es el eje del inconsciente. Aquí se encuentra la palabra plena, la palabra de la revelación. Este eje es el objetivo para el trabajo analítico. Cuando la palabra no culmina en su vertiente de revelación, cuando no puede ser enunciada por alguna situación que la obstaculiza, se convierte en palabra vacía. La palabra plena es la palabra que procesa la verdad de un sujeto. Por lo tanto, Lacan rechaza rotundamente las intervenciones que se dan a partir de la interpretación de un sentimiento contratransferencial.

Korman - Transferencias cruzadas

La propuesta de Korman está dirigida a plantear un interrogante frente a las posiciones que piensan al analista como una tábula rasa y al campo transferencial únicamente habitado por el paciente. El concepto que propone es el de "transferencias cruzadas".

Argumenta que el campo analítico está configurado por el entrecruzamiento de las transferencias de ambos, paciente y analista, cada uno con sus deseos, síntomas, fantasmas y repeticiones, lo que genera una relación singular. Por ejemplo, no da lo mismo cualquier analista para cualquier paciente, las tramas subjetivas que surjan siempre van a ser exclusivamente de esa relación; mismo si el paciente recurre a otro analista, la transferencia no se arma de la misma manera ya que la subjetividad del analista, para el autor, entra también a jugar en el escenario analítico. Es el analista quien sostiene un contexto adecuado para que el analizante reescriba los borradores de su novela. La elaboración permanente del material asociativo, no es sin la figura del analista. Acompañar el proceso de cada paciente implica crear y recrear para condicionar lo menos posible la tarea. Este acompañamiento que el analista realiza en silencio (no pasivamente) es posible de ser sostenido gracias a que el analizante le supone un saber al analista (sujeto supuesto saber); y claro también, el analista le supone ese saber al paciente.

A lo largo del recorrido del análisis, hay un momento de “shock” en el paciente que hace que ya no vuelva a ser el mismo de antes. Aquí comienza un trabajo de elaboración con el analista. El analista opera sobre la transferencia con todo aquello que ha ido decantando en su historia como psicoanalista. Se trata de resignificar el pasado, por lo que la transferencia no es sólo repetición sino también elaboración. Aquí se trata de que el analista le abra interrogantes, más no le de respuestas. Se trata todo el tiempo de un espacio configurado por ambos: paciente y analista. Korman explica que, para que se produzca la dirección de la cura, es importante el trípode: análisis propio – supervisión – formación teórica. De todas maneras, hay que tener en cuenta que la dimensión del analista no es posible que sea anulada. Esto ocurre porque es imposible borrar la dimensión subjetiva del analista del análisis, ya que él está operando en la transferencia, por lo tanto, las intervenciones y las interpretaciones estarán teñidas del deseo, síntomas y fantasmas del propio analista. Es imposible borrarlos del campo analítico. Sin embargo, el paradigma del borramiento es el ideal a apuntar, aunque sea una cuestión asintótica.

En conclusión, el analista no puede ocupar la posición del muerto, ni la función de espejo proyectivo que le devuelve su propia imagen al paciente y no puede ser totalmente neutro. Esto no es posible porque la particularidad y la subjetividad del analista no pueden ser

borradas por completo. Esto no implica que sea una relación simétrica o que el analista deba hacer uso de sus sentimientos para la interpretación. Significa que la función del analista no es realizada en abstracto, sino por una persona de carne y hueso atravesada por las mismas leyes del inconsciente que el paciente. Tener presente el concepto de “transferencias cruzadas” es como podrían controlarse o limitarse esas influencias personales.

(relaciona Lacan deseo del analista)

ENTREVISTAS PRELIMINARES

Tanto **Freud**, como **Aulagnier** y **Miller** han enfatizado en la importancia de utilizar a las entrevistas preliminares como un periodo mediante el cual el analista pueda encontrar diversos elementos o manifestaciones que le permitan arribar a una conclusión sobre la estructura clínica de quien consulta (psicosis o neurosis), es decir, a un diagnóstico estructural, con el objetivo de saber si están las condiciones para proponerle al sujeto iniciar una relación analítica. Por lo tanto, todos estos autores consideran estas entrevistas como un periodo donde el comienzo del trabajo analítico propiamente dicho es aplazado hasta tanto no se logre dicho propósito.

Sin embargo, cabe mencionar que la forma de manifestar esta idea es diferente en cada uno de ellos. Por su parte, **Freud** explica que el dispositivo analítico, basado en la interpretación del inconsciente reprimido, no es apto para pacientes psicóticos y que, por lo tanto, si se emprende un análisis con ellos, este solo serviría para desacreditar el método psicoanalítico y para perjudicar negativamente al paciente implicándole, según el autor, esfuerzos inútiles. Por

esto mismo, considera que el error diagnóstico en psicoanálisis es grave y que estas entrevistas son a modo de cautela.

Siguiendo esta misma línea, **Alugnier** dirá que las entrevistas preliminares permitirán otorgarle un diagnóstico al sujeto a través de hacer un análisis general, pero esto no nos dice nada acerca de la singularidad y subjetividad de esa persona. Adicionado a esto, ella propone que durante estas entrevistas se deben buscar elementos idóneos para saber si el sujeto es o no “analizable”. Para la autora, que un sujeto sea analizable implica creer que ese sujeto podrá ser capaz de enfrentarse, en una experiencia analítica, con su conflicto psíquico que es la fuente de su malestar y de sus síntomas; como así también, hay que pesquisar si logrará o no algún tipo de modificación de su funcionamiento psíquico y si será capaz de utilizar todo lo adquirido durante la experiencia del análisis al servicio de los objetivos elegidos, en función de la singularidad de su historia. Por lo tanto, la autora manifiesta que, si bien esto es difícil, si se pesquisa en estas entrevistas que los resultados pueden contrariar lo que el paciente y analista esperan, se puede aceptar no comprometer al sujeto en el análisis, como tampoco al propio analista.

Por último, **Miller** propone el concepto de “evaluación” clínica otorgándole un fuerte arraigo ético porque para él: desde el inicio, estamos frente a un acto analítico al ofrecer al consultante la posibilidad de hablar de su sufrimiento. Esta evaluación se debe desarrollar durante estas entrevistas preliminares y tiene que ver, en un primer momento, con el aval que el paciente hace de sí mismo y de su síntoma; y en un segundo momento con el aval que le solicita al analista de su propia evaluación. Aquí es cuando el analista debe reunir diferente tipo de información hasta estar lo más satisfecho posible para saber de la estructura clínica de la persona y así autorizar-avaluar la demanda de análisis que se le presenta o rechazarla. Miller dice que esta evaluación clínica cobra el doble de importancia cuando se piensa que el paciente puede ser un pre-psicótico, dado que cualquier palabra o situación desarrollada a lo largo del análisis podría generar el desencadenamiento de su psicosis. Por eso, ante la sospecha de una posible psicosis no desencadenada, plantea que se deben buscar los fenómenos elementales en los relatos acerca del pasado que trae el paciente.

Tanto **Freud** como **Alugnier** hablan de la importancia de poder considerar diversas cuestiones previo a iniciar el tratamiento analítico propiamente dicho y una vez que se ha considerado trabajar con el paciente. Freud desarrollará esta idea a través de ciertos “consejos” que propone tener en cuenta y Aulagnier bajo el nombre de “movimientos de apertura”. En el caso de Freud, a grandes rasgos, establece que no se deben llevar a cabo tratamientos con personas con las cuales ya se haya establecido una transferencia; fijar un día y horario para las sesiones, así como los honorarios; no otorgar de antemano un tiempo estipulado de duración del tratamiento, sino aclararle que los tratamientos psicoanalíticos requieren tiempos prolongados; advertirle al paciente sobre las dificultades de la terapia analítica y sus sacrificios para evitar posteriores reproches resistenciales; explicarle que pueden abandonar el tratamiento cuando lo deseen, pero sabiendo que esta interrupción no es nada positiva para la cura; comunicarle al paciente que procure evitar confiar a alguna persona los detalles de su tratamiento; y por supuesto, comunicarle la regla fundamental

psicoanalítica de la asociación libre. Además, establece que no se debe comenzar el tratamiento con una postergación. Por su parte, Aulagnier desarrolla los movimientos de apertura y tienen que ver con establecer, según la singularidad del paciente, cuál es la mejor forma de empezar un tratamiento. Haciendo una analogía con el ajedrez, la autora dice que estos movimientos tienen un gran impacto sobre el desarrollo del tratamiento. Entre algunos que menciona se encuentra: evaluar cuál es la forma de diálogo más idónea para llevar adelante con el paciente (más silenciosa, favorecer la palabra, soportar el silencio, dar signos de interés, etc.); evaluar el puesto que se le ofrece al paciente (acostado en el diván o cara a cara) y evaluar, para cada caso singular, la frecuencia de las sesiones, días y horarios. Ella argumenta que elegir la apertura más idónea permitirá reducir, en la transferencia que después se irá estableciendo, los efectos de los movimientos de resistencia, la huida, el establecimiento de una relación pasional, etc.

Aspectos que son diferentes

Una gran diferencia que se establece entre, **Miller** por un lado y **Freud** y **Aulagnier** por el otro, tiene que ver con la duración de las entrevistas preliminares. Tanto Freud como Aulagnier consideran que no debe extenderse este periodo en demasía. Freud explica que, en el caso de interrumpir el análisis porque se decide no tomar al sujeto como paciente, puede

significar como un intento de curación frustrado. Aulagnier explica que esta negativa del analista de tomar al sujeto como paciente, realizada demasiado tarde, puede llevar a un menoscabo de la económica psíquica del sujeto dado que se pudo haber instalado la transferencia y la ruptura de la misma puede vivirse como una repetición de un rechazo y una reapertura de una herida. Contrario a estos autores, Miller dice que las entrevistas pueden durar días, semanas, meses o años; es más, considera que el paciente puede quedar durante varios años en una situación preliminar, en un “preliminar permanente”.

Aspectos singulares

Un aporte singular de **Miller** es, primero, que entiende que consulta y demanda no remiten a lo mismo. Puede haber una consulta, en la que el pedido no constituya una demanda, por ejemplo, cuando el paciente consulta porque es derivado por un tercero. Así que podemos

pensar que la demanda es algo a construir. Acerca del primer pedido de un consultante, establece que quien va por primera vez a un análisis no es un sujeto sino alguien que busca ser un paciente. Este primer pedido que el sujeto hace, en realidad es una demanda para ser admitido como paciente. Esta demanda, para el autor, está basada en una auto-avaluación que el sujeto realiza de sus síntomas; esto es: una teoría sobre lo que le pasa, una explicación sobre los síntomas que padece, sobre su malestar. Al llegar a consulta, lo que sucede es que ese paciente pide un aval por parte del analista sobre esa auto-avaluación que él mismo realizó, una confirmación sobre esa teoría. Frente a esto, el analista puede o no autorizar y avalar esa demanda. Por eso mismo, todo aquel que quiere ser paciente es considerado como un candidato y el analista debe responder con responsabilidad si lo aceptará o no. Por esto mismo, desde el inicio, se pone en juego la ética.

Un aporte singular de **Aulagnier**: ella comenta que una vez que el analista ha llevado a cabo un paneo general sobre el diagnóstico del sujeto que tiene enfrente y también ha establecido

si el sujeto es o no analizable, queda el paso de decidir si tiene o no interés de trabajar con ese sujeto en particular, a lo que denomina como “auto-diagnóstico”. Entonces, el analista lo que deberá hacer es evaluar sobre su capacidad de trabajar con ese sujeto en base a su propio análisis, resistencias, problemática psíquica; es decir, debe evaluar su capacidad de invertir y de preservar una relación transferencial con la singularidad del sujeto a quien se enfrenta.

DIAGNÓSTICO

Rubinstein - Algunas cuestiones relativas al diagnóstico en psicoanálisis

La autora hace un recorrido acerca del lugar que ocupó el diagnóstico, para la psiquiatría y para el psicoanálisis.

Con relación a la **psiquiatría** refiere que produce un modo de pensar la enfermedad, creando categorías generales, para entender la singularidad. El problema radica en que, si se ubica al sujeto en una categoría, se pierde su singularidad. Sin embargo, afirma que no hay que eliminar al diagnóstico, sino que hay que redefinir en base a qué criterios se hace, y en qué lugar de la práctica se ubica.

Con relación al diagnóstico en **psicoanálisis** la autora sostiene que se da en transferencia y que sirve para dar cuenta de la posición del sujeto en la estructura. Es decir, va más allá de una mera clasificación, sino que se trata de un saber que permite ordenar, decisivo para la dirección de la cura. Con relación al diagnóstico y la práctica analítica, la autora afirma que el análisis se lleva a cabo en una tensión entre la experiencia y la teoría. Tomar el diagnóstico como certeza implica obturar la escucha (impidiendo la posibilidad de escuchar algo nuevo y la singularidad propia de ese paciente que tiene enfrente), pero no tomarlo en cuenta el analista puede perder su orientación en la cura.

En base a lo mencionado, manifiesta que el diagnóstico es una conjetura, una hipótesis que realiza el analista, la cual va construyendo a partir de los dichos de su paciente. Esto implica que el analista pueda reconocer sus errores, y que esté dispuesto a redefinir su hipótesis si aparece algo nuevo.

Miller - Diagnóstico psicoanalítico y localización subjetiva

Miller sostiene que ir de los hechos a los dichos no es suficiente en un análisis. Es importante cuestionar la posición del sujeto, en relación con lo que dice. En base a esto afirma que se trata de poder diferenciar entre el dicho y la posición con respecto a ese dicho, siendo esa posición el propio sujeto.

Soler - Del diagnóstico en psicoanálisis

Soler comienza diciendo que no se puede decir que el psicoanálisis no es una psicoterapia, sostiene que es una psicoterapia diferente a las demás. En base a esto afirma que el psicoanálisis tiene dos aspectos: es una exploración del inconsciente, y es por esta vía que se

pueden modificar/curar los síntomas.

Asimismo, la autora manifiesta que no podemos omitir el diagnóstico. Es importante para poder dar cuenta de la estructura clínica del sujeto que consulta (neurosis, psicosis, perversión). Así como también para saber si el sujeto que consulta puede o no beneficiarse de un tratamiento analítico. Diagnosticar implica entonces una conjetura para decidir cómo encarar el tratamiento.

Pero en base al diagnóstico habla de la época actual, afirmando que es “diagnosticista”. En este sentido dice que la psiquiatría cuando hace un diagnóstico busca hacer entrar un caso singular en lo general. Es decir que en la clínica psiquiatría no se busca el caso por caso ni lo propio de un sujeto que consulta, en todo caso se busca las huellas de su enfermedad. En cambio, para el psicoanálisis el síntoma no es aquello que se puede ver desde afuera, sino que el síntoma es aquello que el propio sujeto considera como un síntoma (que hay algo que al paciente le molesta). En este sentido la autora manifiesta que, si el sujeto no considera algo como síntoma, no es abordable psicoanalíticamente. Y en esta línea sostiene que para tratar un síntoma en análisis es necesario que ese síntoma tiene que enlazarse a la transferencia con el analista.

También es interesante remarcar que para la autora ser diagnosticado es algo desagradable, y que muchas veces produce desamparo. Que hay un uso abusivo del diagnóstico y que en lo cotidiano se utiliza como una injuria hacia el sujeto, diagnósticos que definen el ser de cada uno. Y sostiene que si el diagnóstico es lo opuesto al nombre propio, el análisis debería terminar con un nombre propio, en el sentido de poder encontrarse con el propio deseo, pudiendo desalienarse del Otro.

Allen Frances - ¿Somos todos enfermos mentales?

Francés reflexiona sobre el excesivo abuso de la medicación. El autor habla de la “inflación diagnóstica”, en este sentido dice por ejemplo lo que antes se consideraba parte de la vida, hoy es diagnosticado como un problema conductual. En esta línea habla de la influencia de la industria farmacéutica en el aumento de la medicación psiquiátrica en la población, con un claro objetivo comercial.

También afirma que la mayoría de los sujetos medicados no lo necesitan, que han sido clasificados erróneamente y que han sido sometidos a tratamientos que no eran necesarios. Da el ejemplo de que una persona puede estar pasando un mal momento en su vida, y a consecuencia lo diagnostican erróneamente como depresivo, en base a lo cual le indican medicación y tratamiento que no sea necesario.

MÉTODO ANALÍTICO

Remitiendo a Soler, se puede decir que el psicoanálisis se basa en el supuesto de exploración del inconsciente -sus significantes, palabras, conflictos, deseos que circulan- con el propósito

de develar la estructura del conflicto inconsciente, responsable de la existencia y producción de un síntoma; y por ello, del malestar del paciente. Incorporando a Freud, se puede decir que esta exploración clínica no se hace de cualquier forma, por el contrario, para llevar adelante la práctica analítica se necesita de la instrumentalización del “método analítico”. Freud define al método analítico como aquel que está compuesto por cuatro invariantes que atañen tanto al analista como al analizado. Son reglas que facilitan que ocurra el encuentro entre un analista y un analizante. Estas invariantes son: atención parejamente flotante, abstinencia, neutralidad y asociación libre. Las tres primeras son de cumplimiento obligatorio por parte del analista, teniendo todas ellas la misma importancia; y la última regla, de cumplimiento obligatorio por parte del analizado.

Antes de proceder a describirlas, es oportuno incorporar lo que dice Miller cuando habla de la ética del psicoanálisis. Postula que en la práctica lo que son cuestiones “técnicas” –como el método– en realidad son cuestiones éticas porque como analistas nos dirigimos pura y exclusivamente a un sujeto. Por ello mismo, postula que el método analítico no es un patrón, sino en todo caso son principios para orientarnos en un tratamiento.

En relación a la invariante de cumplimiento obligatorio por parte del analizado, Freud

~~establece como regla fundamental del psicoanálisis la asociación libre.~~ Es una regla de enunciaci3n ideal porque en realidad siempre habra resistencias inconscientes y censuras conscientes al trabajo de la misma, pero que siempre se debe hacer lo posible para que la misma tenga lugar. Dicho esto, podríamos definir a la asociación libre como aquella regla en la que se le comunica al paciente que diga todo aquello que se le ocurre, todo aquello que se le pase por la mente, sin realizar ningún tipo de selección previa. La idea es que el analizado exprese sin restricciones ni ordenamientos todas sus ideas, pensamientos, emociones, imágenes, etc. tal y como se le presenta en su mente, sin filtrar ni omitir material, aunque le parezca que no tiene importancia o sentido alguno, aunque le genere desagrado o dificultad decirlo. El objetivo es lograr desconectar la crítica a lo inconsciente y a sus retoños. Solo de esta forma podremos acceder a una multitud de material, pensamientos, recuerdos, ocurrencias, asociaciones, que actualmente están bajo el influjo de lo inconsciente. Esta regla se basa en la idea del determinismo inconsciente que postula que nuestro discurso está determinado desde otra escena: desde el inconsciente. Es esperable que en este libre discurrir del paciente aparezcan ciertas lagunas, interrupciones, fallos, lapsus, discontinuidades, evitaciones del tema, que darán cuenta de que ahí está interrumpiendo el inconsciente.

En cuanto a las reglas para el analista, está la atención parejamente flotante, solidaria con la asociación libre. Esta regla consiste en que, para poder discernir en el paciente algo oculto del orden de lo inconsciente, el analista no debe quedar fijado en nada en particular de lo que este le dice y prestar exactamente la misma atención a todo lo que escucha. Es decir, escuchar al paciente sin discriminar, focalizar o dar sentido en ningún elemento del discurso que este le ofrece. Freud postula esta regla porque explica que cuando el analista comienza a prestar atención voluntariamente a algo en particular, quedándose fijado a ello, comienza a escoger los elementos del material ofrecido y deja pasar otros. Estas elecciones que realiza, en última instancia, se deben a sus propias inclinaciones o expectativas. De tal forma que si solo

obedece a sus expectativas corre el riesgo de no hallar nunca más de lo que ya sabe y si obedece a sus inclinaciones falsea la percepción analítica. Se introduce así una selección y desfiguración del discurso del paciente que puede ser muy dañina para el tratamiento. ¿Cómo se lograría esta atención parejamente flotante? En este momento de su obra, Freud postula que se lograría cuando el inconsciente del analista se acomoda al inconsciente del paciente, como el teléfono a las ondas sonoras. Para lograr esta regla el analista debe estar en condiciones de servirse de su propio inconsciente como instrumento de análisis, poniéndolo como receptor de lo que el inconsciente del paciente le transmite. Se establecería así una comunicación de inconsciente a inconsciente. Teniendo en cuenta esta regla, Freud da dos consejos que podrían relacionarse para el buen cumplimiento de ella, aunque los mismos no son de cumplimiento efectivo. Uno de ellos es que el analista emprenda un análisis propio para poder saber sobre sus propios complejos; complejos que pueden perturbar lo que el paciente le ofrezca. Esto es porque Freud considera que cualquier represión no solucionada por parte del analista, corresponde a un “punto ciego” en la percepción analítica; por lo cual no podría escuchar todo de la misma forma, haría selecciones desfiguradas. Por eso, para no entorpecer la escucha y el trabajo con el paciente, es necesario que el analista se haya sometido, en palabras de Freud, a una “purificación psicoanalítica”. El otro consejo que propone es que durante las sesiones se trate de evitar lo máximo posible el uso de recursos auxiliares como tomar notas. Esto porque al momento que el analista escribe hace una selección del material del paciente y deja de escuchar con atención lo que el paciente le está diciendo, entonces no puede cumplir con la regla en cuestión.

Neutralidad valorativa: se trata de que el analista no se ubique en una posición pedagógica: no debe enseñar, guiar, aconsejar, juzgar, opinar, no debe mostrar sus pensamientos, ideales, valores, creencias, defectos y conflictos, no debe ser transparente y no debe modelar al paciente a su imagen y semejanza. Por ende el analista debe trabajar dejando de lado su yo/su persona, ejerciendo solo su función y debe ocupar un lugar de espejo (devolver al paciente su propia imagen). Si esto no se cumple: se obtura la posibilidad de vencer las resistencias y el surgimiento de formaciones del icc.

Regla de abstinencia: es una regla que le atañe al analista. Freud la conceptualiza por primera vez en “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”, al desarrollar la transferencia positiva-erótica en tanto obstáculo. Este tipo de transferencia comprende un enamoramiento hacia el analista, el paciente pierde interés en la asociación libre y solo quiere hablar de su amor y ser correspondido. Al no operar la regla de la asociación libre, se erigen las resistencias, en donde la persona en lugar de asociar vía el pensamiento, actúa frente al analista. Teniendo presente esto, el analista no debe jamás aceptar el lugar que le propone el paciente, debe correrse y no ofrecerse como satisfacción sustitutiva. En ese mismo texto Freud se refiere a esto como “dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza, como fuerzas pulsionantes del trabajo y la alteración y guardarse de apaciguarlas frente a subrogados”. Aquí Freud está diciendo que la cura debe ser realizada en abstinencia. Es esperable cierto enamoramiento hacia el analista, pero debe ser tratado como algo no real a lo cual se debe no corresponder. Sin incitar al paciente a sofocar lo pulsional, la tarea del analista está encomendada a intentar traer nuevamente la asociación libre, transformar las

resistencias en un recuerdo y promover el trabajo psíquico. La abstinencia en definitiva, implica no obturar el proceso analítico con deseos propios. Implica entrar en las sesiones "sin memoria y sin deseo" ya que una sesión no es una continuación de la anterior con lo cual debemos posicionarnos sin esperar que nada ocurra. Por esta razón es importante que el analista no satisfaga ni responda la demanda del paciente: si satisface sustitutivamente la pulsión, no habrá necesidad ni añoranza y sin falta, no hay trabajo analítico; no sabe bien qué está satisfaciendo; si satisface las demandas del paciente, deja de ocupar el lugar de analista; se trata de una cuestión ética porque si se satisface la demanda, ganaría la repetición sintomática y por ende no se produciría la cura.

Para concluir lo desarrollado, sería interesante agregar que Gilberto explica que la clínica psicoanalítica cambia constantemente: cambian los psicoanalistas en tanto su posición frente a las nuevas problemáticas, cambia la actitud del paciente frente al análisis, cambia la realidad socioeconómica y cómo esta influye en los dispositivos terapéuticos, cambian los síntomas, etc. Pero lo único que no cambia dice el autor es el método analítico y sus cuatro reglas. De hecho, sostiene que la atención parejamente flotante es el núcleo "duro" y permanente del método psicoanalítico; el núcleo que permite diferenciar al psicoanálisis de otros métodos de lectura y/o escucha. Entonces, para el autor siempre que respetemos estas cuatro reglas estaremos hablando de psicoanálisis.

INTERVENCIONES EN NEUROSIS

Si bien son variadas las formas que el analista tiene para intervenir en la clínica de las neurosis, la interpretación y la construcción son las más significativas. Son herramientas que solo se utilizan si el paciente está en transferencia, de lo contrario, no producirán ningún efecto (ni sería ético).

Freud dirá que la **interpretación** es lo que el analista hace con algún elemento singular que aparece en el discurso del paciente (actos fallidos, chistes, lapsus, sueños, silencios, cadenas asociativas, etc.) y permitirá que, por medio de la investigación analítica, se logre deducir el sentido latente u oculto que existe en cualquiera de estas manifestaciones discursivas. El sentido nunca es ofrecido por el analista, siempre el paciente es el que da sentido. Hablar de contenido latente (sentido) en el contenido manifiesto (discurso) nos lleva a lo que Freud hacía en la interpretación de los sueños, primerísimo ejemplo de esta técnica. Esta técnica nació con los sueños, pero luego se comenzó a utilizar para todo aquello que lleva la marca de lo inconsciente reprimido. La interpretación no se hace en cualquier momento, solo se realiza cuando el paciente está trabado o no avanza en su discurso; es decir, cuando aparecen resistencias y cesan las asociaciones. El analista puede realizar una interpretación de distintas maneras: repetición de algún un dicho que el paciente dijo en otra sesión (el cual conecta con lo que viene diciendo), mediante alguna pregunta, un señalamiento, un silencio, entre otras. Una interpretación no es algo acabado, en el sentido que no garantiza automáticamente a que el paciente arribe a un nuevo sentido. Por lo contrario, es fragmentaria. Esto significa que va a servir como un indicio que abrirá diversos caminos, pero será el paciente quien decida cuál

de estos caminos tomar, quien complete esta interpretación. Nos daremos cuenta cuando, a partir de la intervención, hable sobre aquello en lo que estaba trabado, traiga más recuerdos, sueños, etc. dando lugar a nuevas asociaciones; y con ello, nuevas significaciones, nuevos sentidos. Por lo tanto, el efecto de una interpretación siempre se confirma a posteriori, por los nuevos sentidos que el paciente trae. En palabras de Freud: la interpretación “será correcta si abre a nuevas asociaciones, libera cargas y vence resistencias”. Esto es lo que otros autores llaman “efecto a advenir”.

La **construcción** se refiere a cuando el analista le presenta al paciente una “pieza” (pequeña) de su prehistoria olvidada, sobre eso que no puede ser traído como recuerdo, sobre eso que falta en su biografía. En este caso es el analista el que hace una conjetura, una hipótesis, basándose en todo el material que el paciente trajo a lo largo del análisis (sueños, asociaciones, recuerdos, repeticiones, lapsus, fallidos, etc.); esta inferencia será entonces el ensamblado de esta pluralidad de indicios recogidos. No es azarosa, no es cualquier cosa, ni en cualquier momento; si es válida, es una pieza que encaja justo o perfectamente ahí, en ese lugar que faltaba algo en la historia del paciente. Es decir, no podría haber sido de otra forma. Freud compara la técnica de la construcción con la tarea del arqueólogo, pero con la diferencia de que la construcción es una labor preliminar. Es decir, no es la meta final a la cual aspira el trabajo analítico. Es una conjetura, que habrá que ver cuál es el destino que le sigue, pero que en el mejor de los casos abre nuevas vías asociativas y trae nuevos materiales. Este es exactamente su valor. Al ser una conjetura, deberá ser confirmada o desestimada por el paciente.

Para corroborar si es válida, Freud recomienda no guiarse tanto por los “sí” o “no” que los pacientes dan después que se les comunicó la construcción. Es importante aclarar que no se trata de desacreditar lo que dice el paciente, sino que no debemos quedarnos con esa primera respuesta. Porque lo que verdaderamente va a permitir pesquisar si la construcción es válida, si esa pieza encaja en la biografía del paciente, si hace un clic, es lo que Freud llamó corroboraciones indirectas de expresión positiva o negativa. Estas corroboraciones las obtenemos con el material que sigue a la intervención. La positiva implica que el paciente responde con nuevas asociaciones, recuerdos, sueños, etc., que se relacionan con el contenido de la construcción; responde con nuevos materiales que amplían esa construcción y/o la confirman. La negativa alude a cuando el paciente reacciona con un “no” rotundo, sin vacilar; son expresiones como: “no me parece”, “jamás se me cruzó por la cabeza”, “de ninguna manera”. Son expresiones que en realidad serían: “sí, acertó”, pero que solo pueden salir a la luz bajo la condición de ser negadas (esto es, la negación). Por lo tanto, solo el transcurso del tratamiento nos dirá si es válida la construcción o no hizo efecto alguno.

En síntesis, la construcción es una intervención que apunta a poder ofrecer alguna ensambladura a lo que no ha alcanzado el nivel de representación, es decir, se relaciona con aquello que no está reprimido, ligado al más allá del principio del placer, lo pulsional original y elemental. La interpretación, en cambio, es una intervención sobre alguna formación discursiva del inconsciente reprimido que se usa para reconducir al paciente a aquello olvidado dentro del campo representacional (ligado).

INTERVENCIONES EN PSICOSIS

SOLER

Soler hablará del "**lugar del testigo**", testigo en tanto poder alojar el testimonio de ese sujeto. Poder generar un espacio vacío de goce; el ser gozado por el otro es algo que le genera mucho sufrimiento al sujeto. De ahí, la idea de generar un espacio vacío de goce tiene que ver con la posibilidad de generar una **intervención que propicie el acotamiento del goce** - poder ubicarse como semejante, poder ubicarse del lugar del otro barrado, como este sujeto que no sabe y que no entiende, que de alguna manera no tiene el saber total.

La autora toma de ejemplo un caso clínico de una mujer psicótica con delirio de persecución, cuyo cuadro se ve actualmente estabilizado por verse su relación con la realidad bastante restablecida. Es una psicosis revelada de 12 años de tratamiento, con automatismo mental marcado. Dicha estabilización fue dada **bajo transferencia**.

Soler ubica que el lugar del analista ante el estallido de la ilación delirante es el de suplir el vacío de la forclusión. La paciente va a demandar que el analista haga de oráculo y legisle por ella, ser suplente y competidor de las voces que hablan por la paciente. Lo que **va a demandar es que el analista se posicione como el que sabe y el que goza**. Y el analista debe correrse de este lugar, para evitar caer en la "erotomanía mortífera".

A continuación, la autora nombra y explica las maniobras que utilizó vía transferencia a modo de intervención. Aclara que aquí **no se puede dar paso a la interpretación porque la misma no tiene cabida alguna cuando se está ante un goce no reprimido**.

1) El primer modo de intervención fue un silencio de abstención cada vez que la analista fue solicitada como Otro primordial, es decir, cada vez que es invocada a saber en lo real. Esto coloca a la analista como otro-otro, no un Otro del Otro. De esta manera, **la analista quedó ubicada en el lugar de Testigo**. Esto es importante, ya que un testigo es un sujeto al que no se le supone un saber, ni un goce y presenta por lo tanto un vacío en el que el sujeto podrá colocar su testimonio.

2) El segundo modo de intervención fue una orientación del goce. Hubo una limitativa cuando la analista le puso obstáculos al momento en que la paciente se veía tentada a dejarse estrangular por un hombre. Y la segunda, de carácter más positivo, fue alentar a la paciente a sostener un proyecto artístico intentándola convencer de que este era su camino a seguir.

3) La tercera intervención fue de carácter decisivo (no permitirle que trabaje). Provocó un viraje en la relación transferencial tanto como en la elaboración de la cura. Consistió en **dejar de convocar al analista al lugar del Otro (con mayúscula) y comenzar a construir su delirio**, al mismo tiempo que lo iba depurando y lo iba reduciendo. Paralelamente, a la desaparición de los episodios agudos, hubo una nivelación entre la sensación de vacío

experimentada por la paciente y de su delirio. A partir de este momento, se entró en la reconstrucción del sujeto al borde del agujero en lo simbólico.

AULAGNIER

Aulagnier habla sobre los movimientos de apertura en la psicosis. Habla de ser "**el oído del que habla**", lo que tiene que ver con investir el discurso del paciente, ese discurso que es rechazado.

La autora comienza caracterizando la psicosis como un lugar de cristalizaciones inmovibles, tanto del otro como propias del sujeto. Plantea que para el sujeto psicótico no hay otra cosa que lo **ya conocido**, que todo es una repetición. Marca las diferencias entre neurosis y psicosis desde el punto de vista transferencial y los movimientos posibles (o no) en el sujeto.

Para la psicosis, las cosas son como son y no pueden ser de otra manera, todo está **anunciado, predicho, previsto y escrito**. Está instalada una idea de que las cosas son inmodificables, de un sin salida. En ese marco, Aulagnier concluye con algunas consideraciones sobre la apertura de la partida en la psicosis. En los movimientos de apertura

en la psicosis son importantes dos lugares.

El paciente psicótico puede ubicar al analista en diferentes lugares:

- **Lugar de lo ya conocido:** no se puede evitar que el sujeto nos haga ocupar el lugar de lo ya conocido.
- **Lugar del objeto omnipotente:** inicialmente podemos valernos de la proyección de un objeto omnipotente, protector, idealizado para favorecer el investimento de la relación, pero rápidamente trataremos de corrernos de ese lugar.
- **Lugar del perseguidor:** la apertura se hace imposible si nos asigna de entrada el papel exclusivo de perseguidor. Si, en cambio, pudimos ocupar antes otras posiciones, intentaremos utilizar esas experiencias para que el sujeto pueda percibir la diferencia entre el perseguidor proyectado y el personaje que lo escucha. Este lugar es heredero

del que tuvieron los padres en la infancia del sujeto. Ellos le prohibieron, y el psicótico lo aceptó, creer que otro pensamiento que el de ellos pudiera saber lo que se refiere al deseo, la ley, el bien, el mal. Cuando la realidad le fue mostrando al sujeto las debilidades de los padres, ese omni-saber quedó ubicado en el perseguidor.

Lugares en que el analista intentará ubicarse para que la partida sea posible:

- **El lugar de lo no experimentado todavía:** si en la neurosis podemos favorecer la proyección y detectar lo que se reactualiza en transferencia, en la psicosis el trabajo consiste en hacer sensible al sujeto respecto de lo que dentro de esta relación no se repite, de lo diferente que ella ofrece. Tenemos que intentar probarle al sujeto que en ciertos momentos podemos también estar en "otro lugar".
- **El lugar del escuchante invistiente:** los delirios, que no tenían destinatario (en general, el entorno no escucha los delirios), encuentran uno en el analista, quien **invierte el discurso delirante**. Es importante dar muestras de ese interés al paciente.

Este es un modo, también, de intentar poner en evidencia que se trata de otro tipo de relación de las ya conocidas por el sujeto. Será muy importante la escucha invistiente, que el sujeto pueda sentirse alojado por el analista. Esto provoca una diferencia frente a la vivencia de rechazo de los otros, poder escuchar ese delirio, eso que el sujeto vive como rechazo por parte del otro.

Respecto del lugar del **Sujeto Supuesto Saber**, dirá que este lugar ya está ocupado por los padres, ellos son los que saben sobre el deseo, el bien, el mal y la ley. Hay una imposibilidad estructural de verlos barrados. Tener presente en este punto que una gran parte del padecimiento de la psicosis es confrontar con un Otro no atravesado por la falta, con un otro sin barrar. El sujeto psicótico queda a merced de un otro no atravesado por la ley. Eventualmente, si pudieron ser destituidos, va a atribuir ese saber a un perseguidor exterior.

Por otro lado, también está ocupado el lugar del **investimiento**, establece vínculos de investimento masivo con esos representantes del poder, que son sus padres. Con ellos se da un diálogo que siempre se reitera pero, dice Aulagnier, nos queda una posibilidad; se refiere a que, cuando una psicosis se desencadena, cuando un psicótico se desencadena, indica allí el fracaso de ese diálogo. Que aparezca un delirio sería el testimonio de que el sujeto o no

quiere o no puede seguir creyendo en la presencia de la escucha del otro. En ese caso, plantea, puede llegar a ocurrir, si bien es algo infrecuente, que invista una relación con un otro y que eventualmente **ese lugar pueda ser ocupado por el analista**. Se abriría allí la posibilidad de llegar a ocupar lo que Aulagnier llama como "**ser el oído del que habla**". En ese quiebre, **en esa ruptura, ahí puede llegar a operar el analista**, en un movimiento de apertura y de transformación posible, de un pensamiento sin destinatario en un discurso que uno puede oír y que **el propio paciente pueda oír**. Se pondría en juego la presencia de una escucha nueva, que pueda garantizar que eso que dice forma parte de lo que el otro puede oír e invertir.

La relación transferencial es reemplazada en la psicosis por una relación de investimiento de un escuchante, que es el analista, pero que tiene como condición una

función en el propio sujeto, que es la de **ser escuchante de su propio discurso**. En este punto, el analista acompañaría este proceso del propio sujeto. Se pone en juego una escucha que le permite separar lo que él piensa de lo que él fue obligado a pensar. Se trata, entonces, del lado del analista, de esto que Aulagnier define como "**una escucha invistiente**". Se apunta a crear la posibilidad de una relación que no sea repetición de la ya vivida. Se trata, entonces, de un primer movimiento de investidura de la relación.

Ahora bien, el analista deberá estar preparado para el fracaso de este propósito. De ahí, desprende otro rasgo, propio de la relación analítica en la psicosis y que Aulagnier ubica del lado del analista: **poder soportar la espera** de, siempre prolongada en la psicosis, de una modificación que puede no ocurrir o que puede ser mínima. Da el ejemplo de un paciente que pasa largos períodos de sesiones repetidas, donde se reiteraban las mismas cuestiones. La fragilidad y la vulnerabilidad de la estructura psicótica hace que ante la aparición de alguna vivencia en la realidad o en la realidad psíquica, se conmueva al sujeto, y frente a esta

vivencia el sujeto responde con los patrones ya conocidos, a una causalidad que es siempre la misma.

Por eso, dice Aulagnier, será fundamental y no conseguiremos nada si no logramos "convencer" primero al sujeto que lo que se propone es un espacio y un tiempo diferentes, que no son una reiteración del modo en que se ha relacionado con esas categorías. Califica esta tarea como difícil, pero también necesaria, para que pueda advenir un vínculo analítico.

BELUCCI

Belucci ubica las tres dimensiones en las que Lacan ordenó la práctica en la psicosis. Estas tres dimensiones tienen que ver con:

- (1) El deseo del analista
- (2) La transferencia
- (3) Las intervenciones

(1) El deseo del analista

Esta noción de "deseo del analista" alude a una posición de *apertura* del analista, ocupando el lugar del no saber; la idea de apertura es solidaria de la pasión por la ignorancia. También es parte de esta función hacer lugar a que el saber, que en principio está en el Otro, pueda pasar al sujeto, en ese tránsito por la transferencia. Sin el deseo del analista no es posible concebir absolutamente nada en lo relativo a la eficacia del psicoanálisis.

(2) La transferencia

Respecto de la transferencia, piensa cómo es la dimensión del Otro en la psicosis, y en cuál de estas dimensiones se puede ubicar el analista: el Otro del goce, el otro en tanto destinatario y el otro en tanto semejante.

Hay que saber que la transferencia en las psicosis es una función de **terceridad**, que opera en acto una separación del Otro y apunta a que se sostenga más allá. Se tiene que sostener como un lugar ortopédico para el psicótico.

- Respecto del *Otro del goce*, quien ocupa ese lugar deviene perseguidor o despierta una respuesta erotómana. Esta dimensión persecutoria aparece cuando hay un otro que totaliza goce y saber, un otro absoluto al que el sujeto queda expuesto. No hay que desconocer la tendencia de la transferencia psicótica a asumir un matiz persecutorio o erotómano, incluso a precipitarse hacia alguno de esos polos. Persecución y erotomanía son de hecho un borde de la transferencia psicótica, pero de ningún modo una fatalidad. El poner en juego la propia ignorancia y el dar signos oportunos de no interesarse demasiado suelen ser contrapesos suficientes que impiden llegar a un punto insostenible. Si quedamos ubicados en este lugar, no es posible intervenir.

- Respecto del *otro en tanto semejante*, es una vertiente donde es posible la transferencia. Si el analista ocupa esta posición, al sujeto se le presenta un otro vaciado de goce, por ende, más amable. El semejante hace de barrera a un goce invasivo del otro, funciona a modo de una superficie especular. La charla es la modalidad privilegiada que toma esta vertiente

transferencial. Además se pueden introducir objetos o regalos como elemento tercero que sostiene la relación de dos.

- Respecto del *otro en tanto destinatario*, es la segunda vertiente donde es posible la transferencia. Acá el analista aloja el testimonio del padecimiento del sujeto. Esto tiene que ver con la posición de testigo, que es un lugar conquistado a partir de ofrecer nuestra ignorancia; de secretario del alienado, en tanto se produce una operación de escritura del relato del sujeto; de escuchante, en tanto ser oído del que habla, apostando a la palabra del sujeto que tantas veces fue desvalorizada. Acá el testimonio o la palabra son el elemento tercero que organiza el campo transferencial.

Ahora bien, cuando el goce del Otro no puede ser neutralizado por ninguna de las dos vertientes anteriores y aparece el riesgo del pasaje al acto, hay que introducir una maniobra que sostenga la transferencia en la terceridad. Esto es lo que Soler denominó "**orientación de goce**", en tanto suplencia en acto de la ley paterna. Esta orientación incluye una intervención limitativa, que es un oportuno "no" con cuidado de no reproducir la estructura imperativa que el sujeto ya sufre, pero habilitando otros caminos posibles en tanto reemplaza la ley que el psicótico por estructura no tiene, y una intervención positiva, que es una sugestión del significante del ideal, un aval del analista, alentando algún deseo subjetivo del psicótico.

(3) Las intervenciones

Para ordenar este campo, se han propuesto tres categorías. Freud introduce las dos primeras: la **interpretación**, solidaria de la existencia del inconsciente y la **construcción**, para lo no interpretable. Lacan introduce la tercera: el **acto**, que en un sentido amplio, se podría hacer extensivo a toda intervención, pero sobre todo se refiere a aquellas que ponen de manifiesto el deseo del analista más allá de la interpretación y la construcción. El acto apunta a fundar y sostener la transferencia.

Belucci fundamenta la imposibilidad absoluta de interpretar y toma entonces la vía de la **construcción**. En la psicosis es absolutamente imposible la interpretación. ¿Por qué?:

- Es el propio sujeto quien ocupa la posición de intérprete.
- Interpretar puede llevar al analista a encarnar el Otro del saber, que es también el Otro del goce.
- La transferencia se volvería de carácter persecutoria o virar en esa dirección.
- Al interpretar evocamos un enigma, que pone en juego una falta. Falta que al no haber sido legalizada por la Ley del Padre, puede ser peligroso en una estructura no desencadenada.
- El recurso además es ineficaz. Como en la psicosis no funcionó el mecanismo de la represión, no hay un "no dicho" o un significado inconsciente que es a lo que apunta develar una interpretación.

Frente a la imposibilidad de interpretar, es que tiene cabida la CONSTRUCCIÓN. Respecto de la construcción, ubica dos dimensiones:

→ Dimensión del Marco escénico.

Un primer uso de la construcción, en su función de marco, es la localización de las circunstancias. La psicosis carece por estructura de esta dimensión. Esto tiene que ver con aquello que le permita situarse respecto de algún acontecimiento. Tiene que ver con el cómo, el dónde, el cuándo. Construir la localización de las circunstancias le aporta al sujeto coordenadas que le permitan situarse respecto de un real, lo organiza.

La construcción de las circunstancias permite también la construcción de un relato, no tanto como sustitución de la verdad delirante que sostiene al sujeto, sino para construir otra versión posible. El fin es situar el delirio como un no-todo y aliviar la existencia.

→ Dimensión del Entramado lógico.

Un segundo uso de la construcción, en su función lógica, es la localización de condiciones. Se trata de intervenciones del analista que intentan suplir en acto la ausencia de la ley paterna, que se formulan como acuerdos entre paciente y analista, que tienen como objetivo la evitación, la suspensión de pasajes al acto.

Respecto a estas intervenciones vinculadas al acto, vuelve a retomar los planteos de Soler, y es allí donde se pone en juego el deseo del analista más allá del saber y retoma las intervenciones de orientaciones de goce

Por último, son importantes los dispositivos que están presentes en los tratamientos. En las psicosis desencadenadas muy rara vez el tratamiento consiste únicamente en encuentros con un analista. Es precisa una pluralidad de espacios — al menos dos. También la dimensión institucional y legal que atraviesa nuestras distintas prácticas. Tanto en la institución hospitalaria como fuera de ella, la eficacia del tratamiento pone en juego una **pluralización de dispositivos**. Suelen estar presentes casi siempre al menos dos: el psiquiátrico y el psicológico. También suele haber talleres, asambleas, espacios grupales familiares, etc.

La pluralización de espacios permite:

- **La delimitación de espacios:** cuando el sujeto no tiene garantizada en la estructura la función del límite, la existencia de diferentes espacios puede contribuir a constituir, en acto, algún límite.
- **La diferenciación de lo público y lo íntimo.**
- **La distribución del goce.**

FERNÁNDEZ, E.

Capítulo 7:

Fernández distingue diferentes tipos de estabilizaciones en la psicosis. A la **estabilización** es a lo que se apunta en la clínica con pacientes psicóticos.

Estabilización, según Fernández, se entiende como la *posibilidad del sujeto de encontrar recursos para no enloquecer*, para jugar con lo mismo que posee sin desencadenarse, para lo cual es necesario que opere algún tope, alguna **prótesis, que mantenga el goce encauzado**.

Es decir, que haya menos "locura", que el sujeto si se desencadenó se vuelva a encauzar, que se calme de alguna manera la locura, el delirio, que haya cierta estabilización.

Distingue diferentes tipos de estabilizaciones en la psicosis:

- En las psicosis no desencadenadas o prepsicosis. Operan dando consistencia al sujeto de forma tal que nunca se desencadena.
- Espontáneas entre brotes. En las que se apacigua y mantiene su delirio guardado.
- Las que se producen por efecto de la intervención del tratamiento "psi". Por vía de la palabra y del acto operando en la sutura entre imaginario y real.

Señala que el lugar desde el cual es conveniente que opere el analista es desde **el otro con minúscula**, desde el semejante, desde el lugar de **testigo**.

Fernández diferencia estabilización de suplencia, porque una suplencia implica una estabilización, pero no toda estabilización implica una suplencia. Ella aclara que la suplencia implica un trabajo mucho más arduo, que son escasas las suplencias en el trabajo con la psicosis, no es algo que se obtenga de manera tan sencilla. Cuando hablamos de "suplencia", nos referimos a **suplencia del Nombre del Padre**, como **compensación imaginaria del**

Edipo ausente. Hablamos entonces de esta ausencia de significante que provoca tantas dificultades en esta estructura. La suplencia, en todo caso, será efecto del trabajo del analista y del paciente, en esta "insistente ida y vuelta en telar, en el intento de coser, cortar y tejer en la trama desgarrada". En todo caso, que se alcance una suplencia será una tarea ardua que va a implicar un gran trabajo de parte del analista. Por eso, **que haya una estabilización no implica que haya una suplencia**.

Fernández indica un tipo de estabilización que se produce cuando el psicótico **puede producir o hacer circular un objeto** (vinculado con un arte, oficio u ocupación: puede ser desde la venta de encendedores, tareas de cadetería hasta una pintura o un escrito) **que, proviniendo de él, circule para otros con valor de cambio y reconocimiento** (y no falso reconocimiento). Esa producción o circulación lleva a que sea reconocido y esperado dentro

del **lazo social** y que esto le permita producir un significante que lo nombre, lo represente, que le permita inscribir su nombre como propio.

Capítulo 8:

Con respecto a las intervenciones en las psicosis, Fernández hablará de tres grandes grupos de intervenciones en la psicosis, y las ordena tomando en cuenta diferentes criterios.

1) ¿De qué psicótico se trata?

Armar alguna historia del paciente ya que lo que hay es una historia desarmada, hecha de retazos. Esto puede permitir escuchar el punto de verdad del delirio; dibujar el perfil singular y único que tiene ese Otro que arrasa al paciente y el sujeto o retazo de sujeto que enfrente a ese Otro.

2) ¿En qué momento operamos?

Puede ser antes, durante o después del brote. ¿A quién le hablamos? ¿Quiénes somos en ese momento para ese paciente?

3) ¿En qué momento de la transferencia intervenimos?

Es importante tener alguna idea del lugar que ocupamos para el paciente.

Las tres grandes intervenciones que menciona son:

- **Las que apuntan al tejido de lo imaginario y prestan representaciones.** Como ser prótesis de la ausencia de lo simbólico. La autora apunta a que generalmente los pacientes preguntan al analista como lo ve y el analista responde desde una función de espejo.
- **Las intervenciones que apuntan a diferenciar un adentro (íntimo) de un afuera (público).** Como construcción de una identidad, como diferencia y discriminación. La autora da el ejemplo de que si el paciente cuenta su delirio a todo el mundo y a causa de esto la gente se ríe, la intervención del analista puede apuntar a que solo hable de esto en la sesión, que es algo privado.
- **Las intervenciones que tienen como función la de servir de negación ante el Otro.** Operan como separación del Otro. Los procesos fundamentales de la constitución psíquica son la alienación y la separación. La alienación es el momento necesario del alojamiento en el Otro, es el momento de la constitución del yo y del semejante. En la separación aparece una diferencia entre la demanda del Otro y su deseo. En la psicosis hay una alteración de la constitución del narcisismo y no tiene lugar la división. Esta intervención es interponer un no entre el delirio y el sujeto, entre las voces y el sujeto.

Intervenciones que propone Fernández respecto del delirio:

- **Intervenciones que sitúan una contradicción o una imposibilidad** intentando generar un punto de inconsistencia que pueda hacer vacilar al paciente. Fernández aclara que no se trata de hacerlo desde la lógica de los neuróticos.
- **Intervenciones que produzcan algún remedo de lazo social** a partir del delirio.
- **Intervenciones que acoten el delirio** para que deje de ser la teoría que explica todo lo que le sucede al sujeto en su vida.

LACAN

Metodológicamente, tenemos el derecho de aceptar entonces el testimonio del alienado sobre su posición respecto al lenguaje, y tenemos que tomarlo en cuenta en el análisis del conjunto de las relaciones del sujeto con el lenguaje. Este es el interés mayor y permanente del legado que Schreber nos hizo en sus memorias, cosa memorable efectivamente y digna de ser

meditada. Schreber mismo nos indica que algo en él, en un momento dado, se vio profundamente perturbado. Cierta fisura apareció en el orden de sus relaciones con el otro, a la que misteriosamente llama *asesinato de alma*.

Lacan hablará de ser "**secretario del alienado**", como una intervención relacionada con el poder llevar la agenda del psicótico, poder organizar una estructura desorganizada, esta estructura desarmada, donde no hay tiempo, no hay espacio; poder generar una línea de acontecimientos ordenada, ir generando ese orden que el sujeto vive como un caos.

El lugar del analista en el tratamiento de las psicosis como un "secretario del alienado" implica que se toma al pie de la letra lo que el psicótico dice. No hay posibilidad de dialectizar su discurso y de hacer metáfora, por eso no es posible la interpretación. Si el neurótico habita el lenguaje, el sujeto psicótico es habitado por el lenguaje, poseído por él. Propone que se obtiene algo mucho más vivaz si, en lugar de tratar de determinar si las alucinaciones son verbales, sensoriales o no sensoriales, **simplemente se escucha al sujeto**. Por perturbada que pueda estar la relación del psicótico con la realidad, **su testimonio es cabal y meramente original**. Si se sabe escuchar el delirio de las psicosis alucinatorias, se manifiesta una relación muy específica del sujeto respecto al conjunto del sistema del lenguaje en sus diferentes órdenes. En el discurso de este sujeto, él mismo da fe efectivamente de cierto viraje en relación con el lenguaje, que se puede llamar erotización o pasivización. Metodológicamente, entonces, el analista tiene derecho de **aceptar el testimonio del alienado sobre su posición respecto al lenguaje** y se lo debe tomar en cuenta en el análisis del conjunto de las relaciones del sujeto con el lenguaje.

INTERVENCIONES EN BORDERLINE

Fronteras, bordes y límites – Ulanosky

Ulanosky (2009) manifiesta que el paciente borderline presenta una sintomatología polineurotica. Esta fachada neurótica a veces puede desorientarnos para realizar un diagnóstico diferencial. Se diferencian de la psicosis porque no está comprometido el juicio de realidad, ni inventan una lengua personal como lo es el delirio. Pese a presentar síntomas neuróticos, las defensas que utilizan son más primarias: la escisión, que es el principal mecanismo, y la idealización, esto es una tendencia a ver los objetos totalmente buenos para protegerse de los malos. La fusión con un objeto idealizado desvanece los límites yoicos y genera una transferencia masiva y exigente.

En estos pacientes hay una tendencia a los acting-out y sufren de excesos e impulsos. La realidad los excede, los desorganiza y les provoca angustia. Hay mucha dificultad para metabolizar y simbolizar, y los estímulos les generan efectos traumáticos. La manera que encuentran de tramitarlos es través de descargas (por ejemplo, amenazas, intentos de suicidio, conductas autoagresivas, etc).

Se trata de sujetos que han tenido fallas primarias en la constitución de su psiquismo, ya sea

por defecto de lo que no se inscribió o por exceso de lo que no pudo tramitarse en forma adecuada. Desde su infancia han sido privados de una mirada que les devolviera una imagen cohesiva de sí mismos con la cual identificarse. Las consecuencias en el niño serán la desconfianza de sí mismo, una necesidad permanente de confirmación/aprobación de los otros, la incertidumbre acerca del propio sentimiento de existencia, baja autovaloración, etc. La **angustia** no se vive como señal, sino como amenaza de aniquilación y es poco canalizable por la simbolización. Hay una insatisfacción permanente, frustración constante. Hay una tendencia a evitar el displacer más fuerte que la búsqueda de placer. La angustia que sienten es proporcional a la manera que viven el objeto: intrusivo y abandonante.

Viven una relación con el objeto en función de la satisfacción de sus necesidades. Hay mucha manipulación del otro para poder dominarlo y que el objeto haga lo que ellos necesitan. Esto se repite en transferencia a partir de posicionarse como víctimas, conductas psicóticas, seducción, o reacciones agresivas. La **transferencia** con estos pacientes es masiva y exigente, y continuamente ponen a prueba la tolerancia del analista (pudiendo presentar sentimientos contratransferenciales en el analista). El dispositivo analítico basado en **la asociación libre y la atención flotante no funciona**, al menos en los comienzos del tratamiento. Y las intervenciones del analista están más orientadas en estos casos al **yo** que aparece debilitado, en este sentido el trabajo del analista apunta a que el yo pueda ir adquiriendo consistencia y que pueda identificarse.

Características a tener en cuenta para el análisis:

- (1) Si hay periodos prolongados de separación, proponer que llamen al analista si así lo requieren. Saber que hay otro dispuesto a escucharlos, los tranquiliza.
- (2) Las intervenciones pueden ser vividas como órdenes, por eso hay que tener cuidado en la formulación de las mismas, ya que pueden darle un carácter de certeza al discurso del otro.
- (3) La transferencia se instaure rápidamente por eso hay una proyección masiva y caótica, que muestra la tendencia a la idealización y la devaluación.
- (4) Son pacientes que pueden despertar sentimientos contratransferenciales principalmente de enojo e impotencia como también de rescate y salvación. El análisis de esta contratransferencia es fundamental, más para prevenir el acting-out del terapeuta.
- (5) El modelo de asociación libre-atención flotante no sirve para estos pacientes por lo menos en el primer tiempo.
- (6) El trabajo es ir construyendo una relación objetal posible y diferente, un cambio en la organización psíquica a través del vínculo.
- (7) Es necesario que haya actos, no actuaciones, para que el proceso se desenvuelva.
- (8) En la transferencia lo que se repite son las modalidades de relación objetal, principalmente la espera de incondicionalidad. Ponen a prueba la capacidad del terapeuta de soportar.

Objetivo: que el paciente pueda discriminar, aceptar la realidad, que incremente la tolerancia a la frustración para integrar sus partes escindidas. Lo que sostiene el tratamiento es la presencia del terapeuta en tanto objeto, y puede funcionar como forma de crear una nueva

modalidad singular de vincularse que le permita crear mayor confianza en el otro y en sí mismo. El analista presta representaciones-contenidos mientras que ofrece un lugar donde albergarlas.

Heinrich – La falta de confianza en el significante

Heinrich (1993) afirma que las patologías bordes no están entre la neurosis y psicosis, sino que aparecen del lado de la neurosis (en el borde). Es característico de estos pacientes la coexistencia de modos de funcionamiento neuróticos y psicóticos, pero con características propias.

Heinrich afirma que estos sujetos no llegan a los análisis representados por su síntoma y articulando una pregunta en relación con el mismo. Hay una tendencia a los acting-out, así como también excesos e impulsos. La manera que encuentran de tramitarlo es través de descargas (por ejemplo, amenazas, intentos de suicidio, conductas autoagresivas, etc). El sujeto no puede disponer de los recursos que el significante le ofrece. Hay una falta de confianza en el significante y ausencia de formaciones del inconsciente.

Asigna a estos pacientes 3 características fundamentales:

(1) Dificultades en el establecimiento de la transferencia

Con relación a la transferencia sostiene que esta no termina de instaurarse, puede ser que el paciente nunca tenga nada para contar, que falte seguido, etc., y que esto se debe a su estructural falta de confianza en el Otro (al haber falta de confianza en el Otro se dificulta la ubicación del analista en el lugar de Sujeto Supuesto Saber, y en este sentido dirigirle una pregunta en relación con su padecimiento). Son sujetos que no pueden comenzar a hablar, a asociar libremente, a producir formaciones del icc. Hay cierta modalidad actuadora.

(2) Trauma infantil no reprimido

Por otro lado, sostiene que en estos pacientes el trauma infantil parece no estar reprimido, aparece como una herida abierta con gran actualidad, que estaría hablando de un descuido del

Otro en un tiempo instituyente. Los pacientes borde parecen no estar representados por el síntoma y el significante, funcionan con una falta de confianza en él. Si pensamos en los tiempos instituyentes del sujeto, hay un primer tiempo que es traumático, donde hay una renuncia pulsional de las figuras parentales. Freud toma el Fort-Da para ejemplificar que es un juego que permite la elaboración de algo traumático. En los pacientes borde, hay una falla en este segundo momento, el de elaboración psíquica del trauma, hay una falla en la ligadura, en la significación, que deja al trauma como siempre actual. El sujeto no habría logrado un “Fort-Da” que represente el trauma, que le de confianza.

(3) Acting out.

Y por último, manifiesta que en estos pacientes hay una prevalencia de los acting-out, de impulsividad como forma de manejarse en la vida, como modo de llamado a Otro que ha fracasado en su función (falló la función interpretante de un Otro en un momento constitucional). Esto puede relacionarse con una falla en la represión del trauma. La autora

manifiesta que en la clínica con estos pacientes se apuntaría a tratar de armar un marco que pueda contener el desborde pulsional, es decir, que los fenómenos que se manifiestan a nivel del acting, pasen al campo de la palabra.

Lacan define al acting-out como una mostración, como un llamado de atención que se realiza al analista en donde el paciente le muestra que él ha fallado en su función. Es un guiño que le hace el analizante al analista insinuando que su interpretación no fue buena, que erró. Le dice al analista que falló en su función de corte. El analizante siente que el analista ya no está soportando más su lugar en la transferencia, y cuando hay una transferencia sin analista que la sostenga aparece el acting out como transferencia sin análisis. En el acting out hay algo forcluido de lo simbólico que retorna en lo real, en este caso en lo real de la escena, de la acción. Puede que sea actuado o puede que sea padecido en el sujeto como alucinación.

El acting-out puede tener dos salidas posibles: un pasaje al acto o una entrada en lo simbólico del análisis.

PASAJE AL ACTO Y ACTING OUT

Iunger (1993) en su artículo “Clínica del pasaje al acto en la neurosis” desarrolla el pasaje al acto específicamente en la neurosis, pero dice que puede aparecer en cualquiera de las otras estructuras.

Comienza haciendo una distinción entre “**pasar al acto**” y “**pasaje al acto**”. Afirma que “pasar al acto” y “pasaje al acto” tienen en común que ambos son la conclusión de una escena, pero que ambas son diferentes con relación a la posición del sujeto. La diferencia es que pasar al acto sería un efecto de máxima subjetividad, es decir, hay un cambio de posición subjetiva. Por el contrario, el pasaje al acto es el efecto de aniquilación de un sujeto, en el intento fracasado de hacer surgir su subjetividad.

El **pasaje al acto** tiene dos momentos: el primero es cuando la escena se va gestando, y abarca progresivamente más aspectos de la vida del sujeto, y el segundo momento, que es el pasaje al acto propiamente dicho, sería cuando la escena culmina. Con relación a la configuración de la escena, el autor sostiene que por un lado el sujeto queda como objeto en tanto desecho, mientras que el Otro queda configurado como absoluto. Por lo tanto, la única alternativa que encuentra el sujeto para no quedar atrapado en esta dimensión del Otro (siendo objeto de goce del otro) es el pasaje al acto. Ahora bien, con relación a la posición del analista, afirma que como analistas debemos proteger al sujeto del peligro en el que se encuentra. También plantea que en estos casos lo que podríamos hacer como analistas es mostrarnos preocupados, a través de la preocupación sería una manera de mostrar nuestra propia *barradura*, para intentar romper con la instancia de este Otro absoluto. Ahora bien, es importante tratar de poner en continuidad la escena del análisis con la escena de la vida del paciente, intentando de esta manera sostener la dimensión transferencial. Como también manifiesta que la mirada y la voz del analista son importantes en este momento (por ejemplo,

si usa diván, es recomendable que estén frente a frente o incorporar una llamada telefónica por fuera del espacio analítico).

En cuanto al **Acting Out**, el autor dice que es una escena que se sostiene, y siguiendo como lo conceptualiza Lacan en el seminario de la angustia, afirma que es una transferencia sin análisis, como una transferencia salvaje. El sujeto le muestra al Otro su deseo para que lo reconozca y el analista fracasa en su función de lectura e interpretación, es decir, el Otro desfallece en su función. Como el analista falló en su función, el paciente actúa, como una manera de hacer entrar en la escena del análisis lo que el analista no pudo escuchar.

El acting out ocurre en la neurosis y en los bordes. No está en la psicosis, ya que ahí no hay un llamado al Otro.

Muñoz: el pasaje al acto en la obra freudiana

Muñoz (2009) en su artículo desarrolla el concepto de **Acting Out**. Afirma que este término tiene su origen en Freud en el término agieren (actuar), esto es que el analizado no recuerda lo reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo sino como acción. Según Freud esta compulsión de repetición es su manera de recordar. Para Freud esto está relacionado con la resistencia ya que a mayor resistencia menos recuerdo y entonces actuación. Ahora bien, sostiene que lo que posibilita el dominio de esa repetición actuada, para que devenga recuerdo, es el manejo de la **transferencia**. Asimismo, el autor sostiene que el concepto freudiano de agieren abarca más que lo entendido por Acting Out, ya que engloba también el Pasaje al Acto. Lo ejemplifica con el caso de analizantes que declaran su amor al analista (actuaciones transferenciales), e interrumpen el tratamiento. Dice que este enamoramiento es compulsivo y lleva a la terminación del análisis. Y en este punto merece el nombre de pasaje al acto, ya que apunta a la culminación de una escena, a la ruptura del tratamiento analítico.

Parámetros para pensar el **acting out** y el **pasaje al acto**:

- Qué acontece en la escena
- Qué papel juega el otro
- En qué lugar se encuentra el sujeto.

Acting out:

- 1) Hay una escena que se sostiene. El paciente está en la escena.
- 2) El otro está desfallecido en su función de interpretación. Es un llamado a la interpretación, al gran Otro del analista.
- 3) El sujeto está en un intento de mostrar algo, algo se da a ver, opera como objeto señuelo del deseo.

Pasaje al acto:

- 1) Hay un corte abrupto de la escena, expulsión del sujeto. El sujeto está eyectado.
- 2) El otro está totalizado en su función de saber y goce.
- 3) El sujeto opera como resto. Se identifica con el objeto en tanto resto.

ATAQUE DE PÁNICO

Belucci (2017) afirma que la presentación clínica del ataque de pánico no es otra cosa que la caracterización de Freud de los ataques de angustia. Freud en 1895 sostiene que las manifestaciones corporales del ataque de angustia son: alteraciones respiratorias (por ejemplo, agitación, disnea), alteraciones cardíacas (por ejemplo, palpitaciones, taquicardia), sudoración, temblores, sensaciones corporales extrañas, etc. También dice que el ataque de angustia irrumpe inesperadamente (se trata de una acumulación de excitación con una incapacidad para tolerarla), y tercero, que carece de representación psíquica. Además, Freud menciona que ciertos pacientes referían a que, en el momento del suceso, la persona pensó estar muriendo. Belucci tomando a Laznick dice que en las historias de muchos pacientes aparecían recurrentemente muertes de personas cercanas, indicio de que no habían sido simbolizadas (trabajo de duelo impedido). En este sentido Belucci manifiesta que en el pánico la referencia es a la muerte. Entonces, si el pánico reconduce a una muerte no elaborada, el trabajo analítico conllevaría a que ese duelo se pueda elaborar.

Asimismo, Belucci sostiene que para la psiquiatría el ataque de pánico está relacionado con determinados circuitos neuronales. Y que esto se inscribe por el peso de la industria farmacológica (cuyo peligro recae en la producción de una masa normalizada en la que para cualquier malestar que podamos tener, existe una pastilla para “eliminarlo”).

Iunger (2013) define que el pánico es un estado de terror inmotivado y traumático que fenomenológicamente aparece en cualquier contexto e impide la experiencia de la angustia. Al sujeto se le impone la idea que se está muriendo de un ataque cardíaco o volviéndose loco. El terror inmotivado y excesivo es lo que define este fenómeno. Ubica que es una estructura dentro de una estructura, que no va a tener las mismas características en una histeria, por ejemplo, que en una neurosis obsesiva.

Frente a esto, sostiene que el recurso que utiliza la psiquiatría implica silenciar el síntoma, sin interrogarlo (ignorando la dimensión del sujeto en cuestión). Esto no quiere decir que en algún caso no podamos/debamos recurrir a un tratamiento farmacológico.

Por otro lado, sostiene que frente a lo que Freud considera una modalidad de la angustia, este autor ubica una entidad clínica diferente. Entre la angustia y el pánico hay elementos metapsicológicos comunes. Pero hay una diferencia radical. La angustia se define en relación a vicisitudes del objeto a, mientras que el pánico tiene su eje en relación con vicisitudes de la instancia del padre en la estructura del sujeto. En este sentido sostiene que el pánico se caracteriza por una experiencia excesiva, que resulta de la pérdida repentina de los parámetros simbólicos que ordenan la experiencia subjetiva (colapso por la degradación del soporte de la figura del padre). Es decir que está impedida toda producción de sentido. Por lo tanto, en un tratamiento analítico se intentaría que el sujeto pueda construir los parámetros simbólicos que cooperen a brindar sentido y orden a la experiencia. La experiencia transferencial sostenida es una excelente protección contra el pánico ya que produce un

ordenamiento en las coordenadas de la experiencia del sujeto. La clínica del pánico es artesanal, y dentro de lo artesanal que es la clínica psicoanalítica en general.

LAS 5 RESISTENCIAS

En primer lugar, es importante señalar que las resistencias al trabajo analítico son obstáculos a la cura, es todo aquello que suspende e interrumpe el progreso de la labor analítica (a la asociación libre). Las resistencias son de carácter inconsciente y se van a producir inevitablemente en el análisis, y es tarea del analista trabajar con las resistencias.

En “Inhibición, Síntoma y Angustia”, Freud (1925) aborda las cinco diferentes clases de resistencias que aparecen durante una cura.

Tres resistencias del Yo

- De represión
- De transferencia
- Ganancia de la enfermedad: tiene que ver con el beneficio secundario del síntoma. Es esa ventaja que le sacas al síntoma una vez que el síntoma está armado. Se arma un síntoma, tenemos que convivir con ese síntoma; entonces, una manera es tratar de ver qué ventajas se le puede sacar a eso, qué podés lograr con eso. Esto es una resistencia porque cuando vos lograste alguna ventaja con ese síntoma –que generalmente son más ligadas a satisfacciones narcisistas o autoconservación (no libidinales)- cuando tenes que abandonarlo, no querés hacerlo por la ventaja que te implica. Entonces, esta ventaja hace de resistencia. Por ello es que el beneficio secundario es una resistencia también. Este beneficio del síntoma es externo, no entra en la consideración de la formación del síntoma, sino que una vez que el síntoma se formó ver qué podes sacarle de ventaja.

Resistencia del ello - Compulsión de repetición

Entre 1914 y 1920, Freud produce un cambio importante en la noción de compulsión a la repetición. Inicialmente en su escrito "Recordar, repetir y reelaborar" (1914) el autor describe cómo este fenómeno plantea una resistencia a la libre asociación y a la posibilidad de recordar. Es decir, lo reprimido no retorna por la vía del terreno psíquico, sino por el acto. Ubica a la compulsión de repetición dentro del principio del placer como el modo particular de recuerdo de los neuróticos en la transferencia. Se repite lo reprimido e inconsciente en la escena transferencial del análisis, siendo que la transferencia implica la repetición y actualización de las mociones de amor reprimidas y en el lazo transferencial se reproducen fragmentos de la vida sexual infantil. Esta repetición puede volverse un obstáculo, lo cual se encuentra relacionado a los momentos en que prevalece el actuar (por ejemplo, cuando un paciente no recuerda haber sido desafiante con su padre pero se muestra así con el analista). La reelaboración se ubicaría cuando el analista comunica las resistencias al paciente, para que

éste justamente reelabore al reconectar lo reprimido con el conjunto de representaciones y

vivencias del psiquismo. Frente a la repetición de lo reprimido, se trabaja con la interpretación.

A partir de 1920 con el escrito “Más allá del principio del placer”, Freud reformula esta conceptualización al encontrarse en la experiencia clínica con reediciones de situaciones displacenteras y que nunca produjeron placer. Los sueños traumáticos de veteranos de guerra y el juego infantil (Fort - Da) ponen en evidencia la contradicción entre la repetición en relación con el principio del placer. Dichas pesadillas no son parte de cumplimientos de deseos y tampoco lo es la repetición del niño en el Fort (la ida de la madre), a veces incluso sin completar el juego con el Da (la vuelta de la madre). Freud hace la distinción entre el inconsciente descriptivo, correspondiente a lo reprimido, del inconsciente sistémico, lo que nunca fue consciente por ende no reprimido. Vio entonces que no era suficiente con hacer consciente lo inconsciente, ya que no todo lo reprimido se podía recordar. *“Todo lo reprimido es inconsciente pero no todo lo inconsciente es reprimido”*. Comienza a situar a la compulsión de repetición ya no del lado de lo reprimido inconsciente, sino del lado de lo pulsional que opera más allá del principio del placer, y que tiene relación con la pulsión de muerte y lo reprimido en forma primaria. Explica que por efecto de lo traumático, grandes cantidades de energía imposibles de procesar que irrumpen dentro del aparato psíquico

atravesando la barrera anti estímulo, se paraliza el funcionamiento del aparato psíquico. Como consecuencia, el principio de placer queda abolido y el trabajo será ligar dicha energía a representaciones para conseguir su tramitación y descarga, empobreciendo el resto del funcionamiento psíquico. La insistencia repetitiva será en actos. Esta necesidad de ligadura del aparato es la que pone en jaque el Principio del Placer. La compulsión de repetición la redefine como un intento -muchas veces fallido- de ligar la energía a las representaciones, requiriendo del analista la intervención mediante la construcción acompañando al paciente en ese intento para su posterior reelaboración.

Resistencia del superyó - Reacción terapéutica negativa

El superyó es una instancia que se engendra por identificación con las figuras parentales; es por ello que se lo describe como el heredero del Complejo de Edipo. La superación del Edipo se logra porque las figuras parentales son introyectadas en el yo, una vez que el vínculo con ellas se desexualiza; es decir, una vez que se resigna tanto lo erótico como lo agresivo de ellas (renuncia pulsional). Esta desexualización conlleva una desmezcla pulsional, es decir, la separación del componente erótico del tanático. Sucede que el componente erótico no tiene más fuerza para ligar toda la destrucción que halla y el superyó se carga con esta agresión librada. De este recargo con pulsión de muerte, el superyó adquiere su sadismo y crueldad. Aunque no solo de ahí, también adquiere esta pulsión de muerte como consecuencia de la cultura: para vivir en sociedad, limitamos la agresión hacia afuera y esta vuelve al yo y es recogida por el superyó.

El superyó se caracteriza entonces por ser el residuo de las primeras elecciones de objeto del ello (hunde sus raíces allí). Pero también por ser una enérgica formación reactiva frente a ellas, apareciendo como imperativo categórico: el yo debe ser como el padre, pero no puede hacer todo lo que hace el padre (mandato y prohibición). Esta es su cara paradójal. La

internalización de la ley trae como consecuencia que el superyó todo lo ve. Antes de su instauración, el niño debía obedecer a sus progenitores. Pero el peligro de perder su amor y protección, por no obedecer, solo se consumaba cuando efectivamente lo descubrían haciendo algo mal. Ahora, con la ley internalizada, no hay diferencia alguna entre desear y hacer. El superyó, como conciencia moral, se encargará de vigilar de manera cruel y severa todo el tiempo las acciones y los deseos inconscientes (por su afinidad con el ello).

A lo largo de su experiencia como analista, Freud llega a la conclusión que el problema del superyó va a radicar en su hiper-moralidad, que tiene su correlato en cuán sádico es. La clínica le mostró que la gravedad de las neurosis está relacionada con esta severidad y crueldad del superyó, adquirida por la pulsión de muerte. La **Reacción Terapéutica Negativa** (RTN) es un ejemplo de esta severidad. Este fenómeno es una resistencia del superyó y se trata de que allí donde un sujeto debería mejorar, empeora. No es cualquier empeoramiento, es precisamente cuando se esperaba una mejoría. Se manifiesta en el análisis como retorno de los síntomas, así como también en la intención de abandonar el tratamiento. Este fenómeno clínico es el más poderoso obstáculo para la cura ya que implica un peligro en la continuidad del tratamiento. Freud afirma que en estas personas no predomina la voluntad de curarse sino la necesidad de permanecer enfermos.

Freud encuentra como fundamento de la RTN un sentimiento inconsciente de culpa, producto de la tensión entre el yo y el superyó, que encuentra satisfacción en la enfermedad y no quiere renunciar al castigo del padecimiento. Freud explica que el sentimiento de culpa se origina justamente por la crueldad del superyó. Define a la culpa como una tensión entre lo que el yo aspira y los reclamos severos que el superyó le imparte. Una explicación posible de por qué devendría inconsciente la culpa podría ser porque el superyó, al hundir sus raíces en el ello, sabe más que el yo de los deseos incestuosos y parricidas. Por lo tanto, para Freud no hay culpa antes de la instauración del superyó. Lo que pone en juego el superyó cuando aparece es la culpa, antes no hay culpa, hay miedo a perder el amor de los padres. El superyó ahora sería el prototipo de todo querer alcanzar del yo (ideal del yo). Este sentimiento de culpa es mudo para el paciente, ya que no se siente culpable, se siente enfermo.

Sin embargo, como a Freud no le cierra hablar de sentimientos inconscientes aunque didácticamente no lo descarta, en 1924 dirá, con la reelaboración de su teoría sobre el masoquismo, que por las características que presenta este sentimiento icc de culpa podría ser más acertado nombrarlo como necesidad de castigo.

Para entender esta necesidad de castigo, tenemos dos vertientes: el sadismo del superyó, ya desarrollado previamente, y el masoquismo del Yo (su parte icc). Ambas vertientes van a explicar el fenómeno clínico de la RTN, ya no solo tiene que ver con el superyó sino que la pulsión de muerte también se va a depositar en la parte inconsciente del Yo. A Freud en un principio se le presenta un problema con el masoquismo y más específicamente un problema económico. El masoquismo contraria al principio de placer, ya que algunas personas parecen buscar el sufrimiento como meta en la vida. Frente a este fenómeno, queda cuestionado el principio de placer como aquel que rige la vida anímica. Va a definir 3 tipos de masoquismos: erógeno, femenino y moral. El último es el que nos compete. Freud contempla

en un primer momento que el masoquismo moral aparece como algo desexualizado. Esto quiere decir que no parece haber presencia de un objeto amado que al masoquista le haga cosas y lo tolere por amor, sino que lo importante es sufrir y pasarla mal, de cualquier manera y sin importar con quién, lo único que hay es moral. Esto no le cierra ya que el masoquismo es profundamente sexual: está ligado a la libido; es esa parte de la pulsión de muerte que queda en el interior y se liga libidinosamente. Entonces, Freud empieza a pensar si esta necesidad de castigo no podría pensarse como “necesidad de castigo por un poder parental”, ubicando al masoquista como un niño al cual hay que castigar por sus acciones. Introduciendo un poder parental, un otro que castiga, lo que parecía desexualizado en realidad se sexualiza, ya que tiene que ver con el deseo de ser golpeado por el padre. Lo que aparentemente parecía una desexualización en realidad es una sexualización de la moral. Por ejemplo: personas que les importa la victoria moral más allá de cualquier cosa, ser moralmente correcto a cualquier costo, aún si implica sacrificios. Por lo tanto, es a través de este masoquismo moral que se sexualiza la moral y se resexualiza el complejo de edipo.

Para concluir, la RTN puede tener que ver con un sentimiento icc de culpa ligado al sadismo del superyó o con una necesidad de castigo ligada al masoquismo del Yo. Freud también aclara que puede que se den ambas ya que a todo superyó sádico le corresponde un Yo que

quiere ser castigado. Como analistas, es importante saber que los pronósticos son distintos. Un sentimiento icc de culpa, si es prestado por identificación, es mucho más trabajable y posible de desnudar antes que el masoquismo yoico. Este último, tiene el peor de los pronósticos ya que es completamente mudo, la persona sabe menos de eso y procede a su autodestrucción.

FIN DE ANÁLISIS

Freud - Análisis terminable e interminable

Introducción:

Librar a un ser humano de sus síntomas neuróticos, inhibiciones y anormalidades de carácter es algo largo. ¿Cómo se podría acortar el tiempo? Otto Rank lo intentó. Decía que había que apuntar directo al trauma del nacimiento, que era la genuina fuente de la neurosis, y así se solucionaban todos los problemas.

Freud mismo ensayo un intento para acortar los tiempos. Le reveló a un paciente, que se había estancado, que ese era el último año de tratamiento. Como intervención. Luego de eso, sobrevino el cambio deseado, había habido un efecto. Freud lo consideraba curado. Aunque siguieron apareciendo vestigios de su vieja neurosis con otros analistas. Poner un plazo es eficaz, aunque no garantía de cura completa.

Desarrollo:

Es importante señalar que Freud en su artículo “análisis terminable e interminable” plantea las posibilidades de un análisis, así como sus limitaciones. El fin de un análisis puede definirse de diferentes modos:

(1) Desde un punto de vista práctico un análisis se termina cuando un paciente y su analista ya no se encuentran más para las sesiones. Sostiene que esto ocurre cuando el paciente ya no sufre a causa de sus síntomas, sus inhibiciones y las causas que lo llevaron a consultar, y a la vez cuando el analista juzgue haber hecho consciente en el paciente tanto de lo inconsciente, elaborado tanto de lo reprimido, levantado tanto de las resistencias, que ya no tema que se repitan los procesos patológicos que lo llevaron al análisis.

(2) También sostiene que la otra manera de contemplar el término de un análisis refiere a que se ha llegado a un punto tal que, de continuar el análisis, no se avanzaría más.

También es importante mencionar que para Freud la etiología de la neurosis es mixta, es decir, que se trata por un lado de pulsiones hiperintensas refractarias a su domeñamiento por parte del yo (**factores constitucionales**), o también se trata del efecto de traumas tempranos que el yo no ha podido dominar (**factores accidentales**). En este sentido sostiene que la etiología traumática ofrece la oportunidad más favorable al análisis, mientras que la

intensidad constitucional de las pulsiones y la alteración del yo (adquirida en la lucha defensiva) son los factores más desfavorables para el análisis (son capaces de prolongar su duración hasta lo interminable). En otras palabras, **Freud sostiene que el fin de análisis depende del interjuego de estos 3 elementos: (1) traumas tempranos, (2) intensidad de las pulsiones y (3) la alteración del yo.**

Con respecto a la hiperintensidad pulsional Freud sostiene que en el análisis no se trata de hacerla desaparecer, sino que se trata de ver si es posible su domeñamiento, es decir que la pulsión no siga su camino propio hacia la satisfacción, sino que pueda ser influida por otras aspiraciones, que sea admitida dentro de la síntesis del yo. Es importante tener en cuenta que el desenlace también va a depender de las cantidades que hay en juego (esto es, el factor cuantitativo).

Por otro lado, con respecto a la alteración del yo Freud sostiene que es un efecto producto de defenderse continuamente. El yo tiene que procurar el cumplimiento de su tarea, esto es *mediar entre el Ello y el mundo exterior* (las exigencias pulsionales de ser satisfechas llevarían a conflictos con el mundo exterior), es en esta lucha que el yo utiliza diferentes medios con el objetivo de evitar el displacer y la angustia; a estos mecanismos el autor los denomina **mecanismos de defensa** (que son inconscientes para el yo). Estos mecanismos sirven para apartar peligros, pero también ellos pueden convertirse en peligros. Implican un gasto dinámico para sostenerlos, así como también pueden quedar fijados en el yo como rasgos de carácter (volviéndose difícil dejar de utilizarlos, aunque no le hagan falta). Afirma que los mecanismos de defensa retornan como resistencias al restablecimiento, es decir, la curación misma es tratada por el yo como un peligro nuevo.

Freud hacia el final afirma que el análisis se trata, por un lado, de **hacer consciente lo**

inconsciente, y por el otro, **modificar algo en el yo**, es decir, ver si es posible que el yo (fortalecido por el análisis) pueda resignar represiones y resistencias.

Por otra parte, en este artículo también menciona **resistencias** diferentes con las que se fue encontrando. Una de ellas es viscosidad de la libido, con esto se refiere a que hay personas en las cuales los procesos de la cura transcurren más lentamente que en otras, hay una dificultad en la libido para desplazarse e investir nuevos objetos. Otra es la movilidad de la libido, con esto se refiere a que la libido aparece equipada de una especial movilidad, en donde todo dura poco tiempo. La otra resistencia es lo que denomina agotamiento de la plasticidad de la libido, en donde se encuentra con sujetos en los cuales hay una incapacidad para variar y para seguir desarrollándose, incapacidad para abrir caminos distintos. Mientras que la última resistencia que encuentra es la inclinación al conflicto, sostiene que quizá esté relacionado con la pulsión de muerte.

Por último, sostiene que hay 2 temas en particular que se destacan en todo análisis, que tienen que ver con la diferencia entre los sexos. En la mujer la envidia al pene y en el hombre la revuelta contra la actitud pasiva contra otro hombre. Ambos temas están ligados a la castración y dan bastante trabajo en un análisis, a lo cual denomina “roca de base de la castración”. En la consideración freudiana es muy difícil mover estas posiciones por lo que se tratará de que el paciente pueda “reexaminar y variar su posición” (Freud, 1937, p.254) en relación a estas cuestiones.

Korman - El oficio del analista. Consideraciones sobre el final de análisis

Korman (1996) en su artículo “Consideraciones sobre el final de análisis” afirma en relación al efecto del psicoanálisis que se trata de un movimiento que transforma la neurosis inicial (aquella neurosis con la que llegó el sujeto por primera vez a la consulta), en una “neurosis al temple analítico” (es decir, una neurosis analizada). Sitúa distintos elementos que se tienen que modificar para poder pensar en un fin de análisis. Estos elementos son:

(1) Los síntomas:

Con relación a los síntomas sostiene que en el análisis (una vez creada la neurosis de transferencia) se tiende a la desaparición o mutación de ellos. En este sentido se produce cierto alivio en el paciente, con relación a su sufrimiento.

(2) El fantasma:

En relación con el fantasma, el autor afirma que la reiterada puesta en escena del fantasma va posibilitando el conocimiento de su trama argumental (la cual es construida por el analista a partir de los dichos de su paciente). Asimismo, afirma que los fantasmas determinan la relación del sujeto con la realidad, y en este sentido la realidad es mirada a través de los fantasmas. Para ejemplificar dice que es como si el sujeto protagonizara muchas películas, pero en todas el sujeto hace el mismo papel (es decir que el sujeto queda ubicado siempre en el mismo lugar seguramente sin darse cuenta de ello). En base a esto sostiene que en el análisis no es suficiente el conocimiento del argumento básico del fantasma para producir una modificación psíquica en el sujeto, sino que también es necesario que se produzca un cambio

en la posición subjetiva del sujeto, es decir, que pueda crear guiones diferentes, poder cambiarse de ese lugar. En este sentido señala como efectos del análisis un relajamiento de la fijeza del fantasma, esto quiere decir que el sujeto pueda dejar de estar obligado a actuar por el fantasma, siempre de la misma manera (se trata de que se pueda dar cuenta de que hay otros caminos posibles).

(3) El trabajo en torno a las identificaciones:

Con relación a las identificaciones el autor sostiene que el trabajo analítico tiene repercusiones sobre la trama identificatoria. Los efectos del análisis consisten en el desprendimiento de los aspectos alienantes de ciertas identificaciones, y en consecuencia, que pueda comenzar a emerger la voz propia del sujeto. Es importante remarcar que el autor sostiene que el análisis no busca “romper” las identificaciones (ya que son las que constituyen al sujeto), sino que “es modificable la relación que se ha establecido internamente con y entre rasgos de los objetos introyectados y apropiados” (p.260).

(4) El ideal del yo y el tener proyectos:

Otro aspecto que considera para pensar el fin de análisis es el Ideal del yo y el tener proyectos, con esto se refiere a que “parte de las energías robadas por la neurosis de transferencia, por el investimento libidinal y la tarea analítica, comienza a estar más disponible para empresas y proyectos personales” (Korman, 1996, p.268). Sostiene que el tener proyectos es algo que se da en el final del análisis, ya que hay muchas energías puestas en juego en el proceso analítico, y que cuando el análisis se termina quedan energías disponibles para proyectos personales de otro tipo. Asimismo, afirma que aquí la posición del analista es fundamental, ya que si le molesta la soledad este tenderá a frenar este proceso.

(5) La transformación de las instancias narcisistas en el registro de la castración:

Con respecto a la transformación de las instancias narcisistas en el registro de la castración el autor sostiene que la idealización consiste en sostener a un Otro omnipotente (es decir, no castrado), y en este sentido afirma que mientras exista un otro así, siempre habrá un causante de sus males. Lo que sucedería en un fin de análisis no es abolir estos ideales, sino de un pasaje de ellos por el registro de la castración, y en este sentido sostiene “sería dejar de buscar culpables externos, que el victimismo se acaba y que se deben tomar las riendas de su propia vida” (p. 269). También me parece pertinente señalar que Korman menciona que este movimiento subjetivo implica duelos, ya que cae esa idealización de Otro que todo lo puede.

(6) La tarea respecto de las pulsiones (sublimación):

En relación con la sublimación sostiene que en los periodos de terminación de un proceso analítico se produciría un aumento en la capacidad de sublimar (es decir, cambiar un fin originariamente sexual, por otro no sexual).

(7) El superyó:

Por otro lado, el superyó implica una difícil tarea analítica, es la instancia en la que se origina el sentimiento de culpa, el estar en falta. En esta línea sostiene que es una fuente inagotable de remordimientos, puniciones y autoinculpaciones. Lo que afirma Korman es que el trabajo

analítico tendrá un efecto sobre esta instancia insaciable, abriéndose la posibilidad de manejarse en la vida sin tanta necesidad de aprobación de los demás, que ceda la culpa y que dé lugar a la responsabilidad. En otras palabras, en un análisis el superyó se va volviendo más permisivo.

(8) La relación del sujeto con el tiempo:

El último aspecto que considera es la relación con el tiempo. En este sentido afirma que producto del trabajo analítico el pasado resignificado se aligera, quedando la dimensión del futuro más abierta. En base a esto sostiene que el sujeto suele tener una mejor relación con la soledad.

INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

Relación entre varios autores

Los diversos autores buscan responder si tiene algo de específico la práctica del psicoanálisis en las instituciones de salud mental. Dirán que son diferentes cosas, pero antes que ello quizás es importante retomar lo que decía **Galende**. Él explicaba que la manera de intervenir y el modo de escucha de los analistas (como también el respeto por el paciente y sus síntomas) debe ser igual siempre, en todos los casos, independientemente si se trabaja en consultorios privados o en hospitales, porque las personas con las que se trabaja son las mismas, más allá del nivel social al que pertenezca (esto porque generalmente quienes acceden a servicios hospitalarios son los sectores más vulnerabilizados). En esta misma línea se posiciona **Rubinstein**, quien dice que una vez que se logra que en los hospitales se constituya, junto a los pacientes, el espacio analítico en cuanto tal, y se instale el método psicoanalítico, es imposible hablar de un psicoanálisis diferente al que ocurre en consultorios privados. Por esto para **Zuberman**, hay que correr el foco de la discusión de si puede o no haber psicoanálisis en los hospitales, y poner el foco en el modo de trabajar de los analistas en las instituciones; para él lo que garantiza que haya psicoanálisis es que el analista sostenga una escucha, acá o allá, en lo privado o en el ámbito hospitalario.

Ahora bien, enmarcada nuestra práctica en una institución, necesariamente hay cosas que deben ser ajustadas. Hablando en términos macro, **Rubinstein** dirá que el psicoanalista se ve enfrentado por la lógica de los hospitales, los cuales evalúan la salud con criterios de economía y productividad, algo que se aleja en su totalidad al psicoanálisis. Por eso, ella dirá que las normativas de tiempo y dinero son las que generan mayores controversias. En relación al tiempo, dirá que las instituciones establecen un límite temporal al trabajo terapéutico, un fin de análisis basándose en la lógica mencionada, la cual es ajena a la singularidad del caso por caso; algo fundamental para el psicoanálisis. Los tiempos que cada persona necesita para tramitar su padecer no pueden englobarse en “x cantidad de sesiones”; por lo cual, esto puede perjudicar el tratamiento. Sin embargo, la autora rescata algo positivo de esta limitación. Dirá que introduce la dimensión de un real que como tal anticipa un efecto de castración, esto es el surgimiento de un “tope” que puede servir como motivación para

trabajar profundamente durante el lapso de tiempo otorgado. En relación al dinero, ella explica que la instalación de la transferencia (que es lo que da lugar al despliegue del trabajo analítico) no tiene nada que ver con si hay o no dinero de por medio. Ella dice que, en definitiva, en todo tratamiento, con lo que el paciente “tiene que pagar” es con una “concesión de su goce”; esto es, que los pacientes se impliquen en lo que les está sucediendo y que estén dispuestos a generar alguna modificación subjetiva en torno a eso. Y el dinero de ninguna manera garantiza que esto suceda. Por lo tanto, que sea gratuito (que si nos ponemos a analizar todas las variables, tampoco lo es) o que haya que pagar con dinero no incorpora diferencia alguna en tanto si puede o no hablarse de psicoanálisis en las instituciones; siempre hay psicoanálisis si hay un analista que aloja con su escucha y un sujeto con alguna forma de demanda de análisis.

Situándonos quizás más en el trabajo con los otros profesionales de la institución, podemos tomar a **Gamsiet**. Ella habla de las interconsultas que se dan entre analistas y médicos. Dirá que, en situaciones complejas, cuando los médicos no saben qué hacer, llaman a los analistas como especialistas para que puedan ir a su rescate porque se considera que son los que trabajan con lo que “no funciona”. **Rubinstein** dirá que también el analista llama al médico en su límite de su conocimiento. Es decir, analista y médico se piden ayuda de forma recíproca: uno cuando no sabe qué hacer con el paciente que tiene delante (médico) y otro, por ejemplo, cuando el paciente se encuentra desbordado siendo imposible el comienzo de una entrevista preliminar (psicoanalista). Se observa, entonces, como dice **Rubinstein**, que en el hospital coexisten distintos discursos, con lógicas diferentes, provenientes de distintas disciplinas, con modos de trabajo distintos. Ambas autoras coinciden en que, para poder trabajar mejor, es importante reconocer la especificidad y el límite de cada práctica; delimitar los espacios, saber el cómo y cuándo de cada uno de estos discursos, qué podemos hacer y qué no como analistas. Es por esto que **Gamsiet** dirá que los analistas no pueden hacerse cargo automáticamente de la demanda de los médicos en cuanto a los problemas del paciente; sino que los médicos deben negarse de aceptar aquellas situaciones que escapan a sus posibilidades, en cuanto capacitación y formación (pj.: muchas veces se otorgan trabajos más de índole “asistencial”, propios de una trabajadora social) y resituar el pedido al área que corresponda.

Otra de las cuestiones centrales es que, a diferencia de los consultorios privados, a los hospitales llegan gran variabilidad de demandas, en cuanto a la multiplicidad de problemáticas que se manifiestan en ellas. Algo interesante que dice **Zuberman** es que no siempre los sujetos van a llegar a los hospitales con una pregunta sobre su padecer (pj.: personas con adicciones o derivadas por terceros); es decir, demandando un análisis. Pero para el autor esto no implica automáticamente la no posibilidad de intervenir y el rechazo de esa persona al análisis. Puede suceder que no se formule la demanda como de análisis, pero que el paciente busque un espacio donde el deseo tenga lugar (y acá reside la escucha fina del analista). También puede que sea solo una oportunidad de saber de ese otro que tenemos enfrente, darle lugar a su palabra y alojar su sufrimiento, por más que no se empiece un análisis. Pero esto no es poca cosa, porque quizás lo ayudamos a aliviar un poco su padecer.

La autora **Rubinstein** (y un poco también **Gamsiet**) plantea que, frente a esta gran variabilidad, lo que se debe hacer es escuchar la demanda. Esto nos permitirá saber qué y quién está detrás de la misma. Para poder escucharla, es necesario que el analista le ofrezca, durante las entrevistas preliminares, al paciente un espacio de escucha; un espacio que lo aloje, que ponga el saber de su lado y que le permita hablar de lo que le pasa. A partir de esto, el analista podrá clarificar la demanda y saber qué tipo de intervención necesita en su particularidad. Los caminos que se abren desde acá son varios. Puede ser que instalada la transferencia se comience un trabajo analítico. Esto pasará cuando ese pedido de ayuda inicial se transforma en alguna demanda de saber; esto sucede cuando vemos en el decir del sujeto que algo de su dimensión subjetiva se despliega, es decir, que se implica en su padecer y hay un deseo de modificar o interrogarse sobre aquello de lo que se queja. También puede ocurrir que el sujeto necesite alguna derivación a otra especialidad (a la par o no del análisis, no es excluyente); o puede ser necesaria la internación, etc. Y también, como se dijo antes, que ante el pedido de ayuda solo quepa la posibilidad de aliviar el sufrimiento.

Por último, pero no menos importante, está la dimensión de la transferencia institucional, cosa que no se da en los consultorios privados. **Gamsiet** explica que las personas muchas veces llegan con una transferencia para con la institución (o con el médico) ya instalada. Por ejemplo: se dirigen a ella por su prestigio, especialización, porque le recomendaron algún médico que allí trabaja, etc. Si tomamos a **Galende**, dirá que esta transferencia es previa a la que se instala con el analista, definiéndola como una relación regresiva (al vínculo simbiótico materno de cuidado) que la persona mantiene con la institución. Explica que la misma se suele expresar bajo la forma de exigencias de cuidado y atención (esto es buscar ser curado por su condición de enfermo) y/o sometimiento (esto implica que el paciente acepte cuestiones relativas al destrato y/o maltrato, al decir de Ulloa). Esta transferencia siempre estará como “telón de fondo” de todo análisis; pero el problema surge cuando se la desconoce. Acá se convierte en un obstáculo porque funciona como una fuerza “homogeneizante” y borra todo aquello que tenga que ver con la singularidad de cada paciente, su historia personal, la historia de sus síntomas, su subjetividad. Funciona como resistencia al análisis.

Esto no solo le pasa al paciente, el analista tampoco está exento de una identificación con la institución. Él también la elige por algún motivo particular (pj.: la consideran la más idónea para su formación) y también deposita en ella sus propias demandas regresivas de protección, seguridad y cuidado (pj: se siente resguardados en su trabajo). Lo que dirá **Galende** es que, si la institución le sirve al analista para protegerse de la transferencia del paciente y le sirve al paciente como resistencia para el análisis, entonces la institución impide el análisis. Por eso es que hay que tenerla en cuenta y tratarla en las sesiones como si fuera un “síntoma”. Esto implica saber qué es lo que quiere o espera el paciente de aquella persona que lo atiende, por qué acudió o eligió esa institución específicamente, por qué en ese momento en particular, qué relación tiene el lugar con lo que él espera, etc. Siempre y cuando se interroge esto y el analista dé lugar a que pueda circular la palabra del sujeto en referencia a qué le sucede con este “síntoma” (institución); entonces, la transferencia institucional no tiene por qué convertirse en un obstáculo per se.

Transferencia institucional – Galende

Galende reflexiona sobre los tratamientos analíticos en las instituciones de salud mental. Con relación al psicoanálisis en la institución afirma que lo esencial no son las cuestiones del encuadre, como por ejemplo el pago de dinero al analista, el número de sesiones, la disponibilidad del lugar, etc. Ya que estas cuestiones no modifican la esencia del psicoanálisis. Lo que no varía (o no debería variar) es la posición del analista, el modo de escucha y la interpretación. Galende considera fundamental poder contar con la elección mutua del analista y del paciente, la privacidad, es decir, la singularidad de cada análisis en particular.

En esta línea sostiene que lo que agrega la institución al tratamiento analítico es la presencia de la institución en la transferencia. Se trata de una transferencia imaginaria que los pacientes tienen con las instituciones (sean positivas o negativas). El autor describe a esta transferencia como previa a la transferencia analítica propiamente dicha, afirma que suele permanecer como obstáculo, como telón de fondo de todo tratamiento en la institución. Refiere que está configurada por la relación regresiva que el paciente mantiene con la institución médico-asistencial, y que suele expresarse tanto bajo formas de sometimiento como de exigencias despóticas de cuidados y atenciones. También sostiene que el psicoanalista no está exento de su propia identificación con la institución, ya que frecuentemente depositan en ella demandas regresivas de protección y cuidado.

El autor sostiene que se hace necesario poder generar un espacio analítico, en el cual la demanda del paciente pueda ser escuchada con el mínimo de interferencia institucional. Es fundamental la posición del analista ya que es quien debe facilitar la relación del paciente con su propio saber y su verdad. Cuando esto no se logra, aparece lo que Galende llama “plenitud de la relación de asistencia”, concepto que se hace presente cuando la institución cumple su objetivo. Si finalmente no se logra instalar un espacio propio de análisis porque la institución es utilizada por el analista para protegerse de la transferencia del paciente y al mismo tiempo el paciente utiliza a la institución como resistencia al análisis, reina la institución y se instala una relación de asistencia: se interna al paciente, se recetan fármacos y se refuerza la actitud diagnóstica. La institución no se plantea interrogantes, ya tiene su propia red de sentido. Contrario a todo lo que ofrece un análisis, cuando aparece este fenómeno se comete un acto de barrido de la subjetividad.

Ulloa

Fernando Ulloa (1995) en “La difícil relación del psicoanálisis con la no menos difícil circunstancia de la salud mental” reflexiona sobre la experiencia de la práctica psicoanalítica en las instituciones.

La **cultura de la mortificación** es un concepto que le surge al autor espontáneamente en una entrevista que le hace una periodista sobre una nota acerca de una estadística (sobre el porqué de la notoria merma de las relaciones sexuales en la población general). Le da a este concepto un valor de hipótesis, se refiere al mismo como un sufrimiento social contemporáneo. Para Ulloa la mortificación alude a falta de fuerza, apagado, una relación de agobio con el propio

cuerpo, mal humor, fatiga crónica, cansancio sostenido, etc. Sostiene que cuando este sufrimiento es reconocido, pensado y dialogado abre a la posibilidad de salida a este sufrimiento, produciendo cierto alivio, sin dejar al sujeto paralizado y atrapado en ese estado. Asimismo, el autor sostiene que esta sintomatología es una actualización de las neurosis actuales descritas por Freud (hipocondría, neurosis de angustia y neurastenia).

Luego contraponen este concepto con la **institución de la ternura**. Para el autor la ternura es una figura fundamental en el desarrollo cultural humano. *La ternura es el escenario mayor donde se da el rotundo pasaje del sujeto -nacido cachorro animal y con un precario paquete instintivo- a la condición pulsional humana*” (Ulloa, 1995, p. 239). Le da una relevancia fundamental a la ternura ya que la menciona como buen trato, como escudo protector ante las violencias inevitables del vivir. Sostiene que la palabra tratamiento proviene de “buen trato”, esto va en contra del paradigma del maltrato (el cual incrementa la locura). En esta línea sostiene que la institución del maltrato por excelencia es el **manicomio**.

Conceptualiza la noción de **síndrome de violentación institucional**, para explicar la violentación arbitraria de las instituciones. Afirma que las personas que trabajaban en estas instituciones se ven afectadas ya que su trabajo comienza a perder sentido, es decir, se afecta la modalidad y el sentido de trabajo de estos sujetos. Produciendo efectos tanto psíquicos como físicos. En esta línea, al afectar a los profesionales que allí trabajan, afecta indirectamente a los pacientes allí tratados.

En esta línea sostiene que la **encerrona trágica** es toda situación donde alguien para vivir, trabajar, recuperar la salud, depende de alguien que lo maltrata o que lo destrata. Su afecto específico es lo siniestro, una amenaza que provoca un dolor psíquico donde se termina viviendo en una condición de maltrato constante y permanente. Para el autor, es la metáfora del infierno, es un sin-salida.

En base a lo mencionado, Ulloa reflexiona y afirma que estas instituciones configuran una neurosis en sí misma, mortificando a los que asisten a dichas instituciones. Sostiene que el psicoanálisis tiene una oportunidad importante en el campo de la salud mental, para ayudar al sujeto en emergencia.

Rubinstein - La práctica del psicoanálisis en el hospital

Rubinstein (2004) sostiene que es posible realizar psicoanálisis en el hospital. Manifiesta que existen ciertas condiciones propias del contexto institucional tales como condiciones con respecto al tiempo y al espacio, la incidencia de la salud pública, la coexistencia de discursos, entre otras. Pero afirma que lo importante es que el analista pueda abrir un espacio a la dimensión subjetiva, dando lugar a una demanda de saber por parte del sujeto y con ello al deseo.

Hay cuatro cosas que se agrega a la práctica del PSA en las instituciones:

(1) Psicoanálisis y salud pública: la OMS define a la salud “como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición impregnada de “felicidad”, que supone restaurar una armonía entre sujeto y su ambiente, obtura las condiciones de estructura que el psa descubre: “un sujeto disarmónico con la realidad”. Entonces, ¿Cuál es el lugar del analista en este marco? El analista ocupa el lugar de “saber” al que es confinado el médico por ser parte de esa institución de salud, pero como terapeuta debe tomar allí su lugar proponiendo una cura que rompa con los criterios de salud por los cuales es llamado, ofreciendo una alternativa al sujeto, abriendo un espacio a la dimensión subjetiva del paciente abolida por los permanentes intentos de objetivación del modelo médico hegemónico, dando cabida a una demanda de saber, y con ello dando un lugar para que el deseo pueda desplegarse.

(2) No todo Psicoanálisis: sólo es posible sostener el discurso psicoanalítico en este lugar si se reconoce que en el hospital no todo es psicoanálisis. El discurso analítico y el discurso universitario son diferentes, pero no por eso irreconciliables. El Psicoanálisis surge en el límite de la medicina, no en su reemplazo y es un hecho que en los hospitales que los médicos llaman, en su límite, al analista. También ocurre lo mismo a la inversa. Se trata de reconocer las diferencias. Se trata de ver hasta qué punto es posible generar un espacio donde haya una lógica que opere diferente al discurso médico, que sostenga otra ética, que despliegue la subjetividad del que consulta, sin confundir el espacio físico en que ambos discursos se producen.

(3) Las demandas y la posición del analista: las demandas hospitalarias se caracterizan por su enorme variabilidad y el acceso a una población a veces muy alejada de los principios del análisis. Las personas que llegan a una entrevista puede que no estén demandando análisis, por lo que las entrevistas son un momento valioso para decidir qué tipo de intervención realizar: medicación, internación, interconsulta. El analista, entonces, lo primero que hace es ofrecer un espacio de escucha. A veces, se deriva un trabajo analítico, otras, el paciente sólo consigue aplacar su sufrimiento.

Por otra parte, el analista, dadas las condiciones del caso por caso, se ve precisado a recurrir a intervenciones que podrían no considerarse estrictamente psicoanalíticas, pero que pueden convertirse en un paso necesario para establecer transferencia. Si bien es fundamental que el analista no ocupe la posición de un gran Otro, a veces es necesario ante emergencias subjetivas que el analista deba recurrir a ese poder (ya que la cura por sugestión no es la cura psicoanalítica), pero sin modificar los principios ni fundamentos del método.

Por último, es harto importante que no se establezca como una regla fuera del caso por caso el hecho de que “si no hay demanda de análisis, lo mejor es que el paciente se vaya”. Es preciso que en el ámbito hospitalario se reformule lo que se piensa como “demanda de análisis”, ya que el hecho de que un paciente no venga decidido buscando un analista para analizarse, no significa que en el transcurso de las entrevistas, el analista pueda reformular esa demanda sin rechazar al sujeto. Puede que finalmente no se dé un análisis, pero hay que dar razones para ello. Muchas veces puede suceder que el deseo del analista de hacer surgir

una implicación subjetiva impida al mismo analista a seguir paso a paso las condiciones singulares del caso y se impida la instalación de la transferencia.

Si el analista toma al psicoanálisis como un ideal, aplicable de un modo universal y estandarizado, no podrá escuchar el decir del sujeto. En ese caso no es el deseo del analista el que se pone en juego, sino el intento de sostenerse como analista por la vía de la identificación. La instalación de la transferencia y el comienzo del trabajo analítico se producen a partir del funcionamiento del dispositivo que da lugar a la apertura del inconsciente y eso no depende del pago en dinero. El momento en que pueda sancionarse una entrada en análisis o un pasaje a privado debe ser evaluado caso por caso

(4) Tiempo y dinero: el límite del tiempo definido por criterios institucionales resulta ajeno a la singularidad del caso por caso. Este tiempo acotado puede introducir la dimensión de un real que como tal anticipa un efecto de castración, que si es bien utilizado puede operar analíticamente. El tema del dinero introduce un punto problemático. Si el analizante debe pagar con algo, es con su goce. Y el dinero está intrínsecamente ligado a la dimensión del goce, pero esto debe ser tomado caso por caso y no debe ser considerado una imposibilidad a priori. Por ejemplo, cuando un paciente demanda gratuidad de tratamiento o pide pagar menos, hay que ver si efectivamente hay una imposibilidad real de continuar el tratamiento por este motivo, o si no pueden hacerlo por las condiciones de su propia neurosis. Hay casos en los que los analizantes no pagan el tratamiento (niños, adolescentes, adultos que no trabajan) y hay otros en los que el pago de dinero no implica una cesión de goce.

Zuberman

Zuberman (2002) ubica la práctica analítica en los hospitales más allá del encuadre, afirma que el psicoanálisis es la cura que conduce un analista en las condiciones que le es posible. Es decir que un analista se define por ocupar un lugar, lugar que permite interrogar el saber del otro, causando su palabra. Con esto se refiere a que lo importante no es si un analista está en un hospital o en un consultorio privado, sino que lo importante es poder sostener su función.

Gamsie: la interconsulta: una práctica del malestar

La interconsulta presenta ciertas dificultades a los psicoanalistas que trabajan en dispositivos no psicoanalíticos, es decir, no basados específicamente en la asociación libre y la interpretación. En la interconsulta somos llamados como “psicopatólogos” (es decir como representantes de una de las tantas especialidades del hospital polivalentes). El pedido es el de ayudar a constituir o completar un diagnóstico ahí donde el diagnóstico médico no cierra o falta; el pedido del médico es que lo ayudemos a precisar si debe abandonar el caso y remitirlo a salud mental.

Ahora bien, en tanto psicoanalistas, lo que primero hacemos es escuchar quien, que y para quien demanda. No cualquier cosa deviene síntoma, interrogando al sujeto y que para que lo haga, es necesario una determinada puesta en forma del síntoma y de la demanda que lo vehiculiza. En la interconsulta está en juego la restauración del saber médico. Ahí donde algo

no funciona, los psicoanalistas son llamados a contribuir a que el médico pueda tomar las decisiones que le competen.

Esto lleva a tener que situar algunos aspectos de la transferencia:

1) Del lado de los pacientes: tienen una transferencia masiva e indiferenciada a causa de los efectos desubjetivantes inherentes a la propia institución; cualquiera que lleve un delantal blanco o se fija perteneciente a determinado servicio es pasible de representarla. Si llegan a esa institución en especial, es porque algún tipo de transferencia tienen, ya que le atribuyen un saber presumible sobre la enfermedad.

2) Del lado de los médicos: transferencia con el saber médico y el saber que este supone. Transferencia con la propia institución, con el hospital elegido para realizar su formación.

3) Transferencia interservicios: frente a las crecientes condiciones de pobreza, marginalidad social, violencia, estado de los servicios públicos, el médico no puede sostener la transferencia en tanto agente ancestral de sabiduría sobre la vida y la muerte que suscita en sus pacientes. Por lo que recurre a los servicios de salud mental para dirigir sus pedidos y pedir relevo. Existe en ellos una ilusión fantasmática de saber total. Frente a la desilusión de que aquí no encuentran todas las respuestas, en vez de interrogarse por sus propias prácticas, predomina la desazón y el enojo para con el servicio de salud mental con la consecuente acusación de ineficacia y la acumulación de impotencia. Médicos le demandan a los psicólogos que respondan ante determinadas situaciones en donde el discurso médico tiene sus límites (p.e. ayudar en la realización de dx diferenciales, en los casos sociales, de pobreza, de incesto, de maltrato familiar, personas al borde de la muerte). Tienen la ilusión que el discurso del psicólogo es un saber total que puede cubrir la falta del discurso médico: se trata de una transferencia de responsabilidad. Nuestra posición ante la interconsulta: a) negativa a aceptar resolver situaciones que se escapan de la posibilidad de resolución para no fomentar la ilusión que el discurso psicológico tiene respuesta para todo; b) no hacerse cargo inmediatamente de la demanda del médico ni de los problemas del paciente

¿Cuál debería ser nuestra posición frente a este tipo de demandas? Es necesario partir de la negativa a resolver a aquellas situaciones que escapan a nuestras posibilidades, y reconocer que aceptarlas llevaría al fracaso y a la frustración. Esto es porque nuestra función no es puramente asistencial, lo que no implica desentenderse de la angustia de médicos y pacientes. Es importante entender que interrogar lo que no funciona no significa identificarse a ello. Y que es frecuente transponer imperceptiblemente ese límite impreciso de lo imposible al que somos convocados a través del pedido de hacernos cargo de algunas de las formas del horror: la extrema pobreza, el abandono, los niños golpeados, etc. Si en lugar de **interrogar el malestar que motiva la demanda en interconsulta**, aceptamos su transferencia, el no poder darle una respuesta mínimamente satisfactoria, nos hará pasibles de una probable acusación de ineficacia. Ya que al pretender hacernos cargo de la imposibilidad correremos más bien el riesgo de ser identificados a la impotencia.

PSICOTERAPIAS VS PSICOANÁLISIS

- (1) Las psicoterapias son más fenoménicas en su captación del síntoma, mientras que el psicoanálisis se propone una disección de las estructuras productoras de conflicto;
- (2) Las psicoterapias parten de y tienden a la unidad del sujeto, el humanismo que las sustenta se expresa en sus ideas de adaptación y equilibrio, mientras que al análisis le es ajena la síntesis, su sujeto es estructuralmente escindido, tópico, y el conflicto y la adaptación son de naturaleza irreductible;
- (3) Las psicoterapias confían todo a una sociabilidad equilibrada y a ello tienden, mientras que el análisis muestra a la relación social como narcisismo y síntoma;
- (4) Las psicoterapias se proponen la resolución del síntoma, en lo cual basan su eficacia, mientras que el análisis devela una relación entre el síntoma y la verdad histórica del sujeto y la disolución del síntoma sobreviene “por añadidura”, por develamiento de esa verdad;
- (5) Mientras que las psicoterapias responden a la demanda del paciente tendiendo a reunir, aglutinar, lo que éste separa, el análisis interroga a la demanda sin satisfacerla, tratando de desagregar lo que la constituye;
- (6) Si las psicoterapias autorizan en el terapeuta la utilización de su persona para lograr la cura, el análisis se rige por el principio de abstinencia y relación exclusiva a la palabra;
- (7) Finalmente, si el terapeuta utiliza un saber y una experiencia que hacen de su acción una pedagogía subyacente, el analista interroga al saber en el paciente, evitando en lo que pueda toda intención pedagógica.