

REINTERROGANDO EL MÉTODO PSICOANALÍTICO ¹

Susana García Vázquez ²

“Lo efectivamente incómodo en la posición analítica es que no se puede escapar a la necesidad de reinterrogar sus postulados, que sólo pueden conservar su status si prueban su conformidad con los nuevos aportes de la experiencia, sin lo cual el analista caerá del lado de la fe ideológica y del juramento de fidelidad teórico.....No puede haber “statu quo” teórico; a falta de nuevos aportes, toda teoría se momifica. ¿Cómo recuperar y preservar un proyecto que constantemente arriesga bastardearse?”

Piera Aulagnier (1980)

“Si pensamos en cambios para las psicosis crónicas, los casos límites, las neurosis graves o simplemente para los bloqueos de un análisis anterior, ...debemos encararlos en la práctica misma de las variaciones de la técnica”.

Guy Rosolato (1998)

Este trabajo pretende aportar una reflexión sobre nuestra práctica, que pasa por valorar el método psicoanalítico, pero sin que ello implique desconocer las variaciones necesarias en el encuentro clínico con cada paciente.

Partiendo de los planteos freudianos, con relación al tratamiento de las neurosis y sus prescripciones metodológicas, se considera que la extensión del campo del psicoanálisis, implicará recurrir a modificaciones del encuadre y del estilo interpretativo, cam-

¹ Presentado en APU en el marco de las actividades preparatorias del Congreso de FEPAL. Montevideo, 2002

² Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Av. Brasil 2377 Ap.504. Tel. 709 0588
E-mail: psgarcia@chasque.net

bios que a mi entender no implican su desnaturalización, sino que mantienen lo central de sus postulados.

La tarea clínica nos interpela constantemente. El método psicoanalítico, creado por Freud: asociación libre-atención flotante, interpretación-insight, transferencia-contratransferencia, enmarcado por un encuadre cuyo pilar esencial es la abstinencia, requiere de la instalación de la represión secundaria en el paciente, presencia de representaciones que incluyen un quantum de afecto moderado, en fin, un núcleo reprimido con el cual trabajar y que pone en evidencia la expresión sintomática.

¿Qué sucede con pacientes que exceden la neurosis o con aquellos que teniendo una estructura neurótica, mantienen fuertes elementos primarios que ponen en evidencia el fracaso de la represión?

En algunos casos podemos ver un verdadero forzamiento del diagnóstico psicopatológico, para hacer entrar en el método o en la neurosis lo que no lo es.

En otros, se actúa, señala, interpreta, construye, de un modo en la escena del análisis, que queda totalmente omitido en los relatos clínicos por no ajustarse a las exigencias del método.

Otro modo de resolver estas situaciones, es decidir que con estos pacientes hacemos psicoterapia y reservamos el análisis para los neuróticos.

A esto se le agrega la presión social de encontrar alivios al padecer psíquico en forma eficiente y rápida, lo que lleva a que el método psicoanalítico clásico pierda lugar, ofertándose una multiplicidad de terapias psíquicas que tratan de mostrar su eficacia.

Estas situaciones nos introducen a los psicoanalistas en una paradoja que nos lleva muchas veces a posiciones extremas: por un lado la propuesta de “aggiornarse”, e introducir diversos tratamientos según el padecimiento, lo que incluye terapias de apoyo, cognitivas, etc.; unido esto a la aspiración de que las asociaciones psicoanalíticas integren la formación de esos conocimientos.

O en el otro extremo, pertrechándonos en la perspectiva clásica, ignorar todo cuestionamiento al método, incluyendo a veces hasta ese forzamiento psicopatológico que señalábamos antes.

Me parece pertinente lo que expresa Piera Aulagnier (1980): “¿Somos hoy capaces de formular una definición del psicoanálisis y del trabajo del psicoanalista que no quede desmentida por lo que suceda *de hecho* en nuestra práctica. . .?”

Es en este sentido que pretendo reinterrogar el método psicoanalítico, preservándolo, pero también buscando ponerlo a prueba, incluyendo los aportes de la experiencia, como modo de continuar mis cuestionamientos con relación a la tarea clínica..

¿Por qué el método psicoanalítico?

Los métodos no dependen del ideal metodológico sino de la cosa.
Adorno³.

Desde mi modo de pensar la práctica, considero que un paciente consulta habitualmente, porque de algún modo sus defensas, las posibilidades de resignificación de sus angustias y conflictos han fracasado. Por tanto entiendo, como postura ética, que el contrato se establece, porque él supone que está ante alguien que tiene un “saber” que le permitirá “reestructurar” “aliviar” la situación que atraviesa.

Con esto no estoy diciendo que el objetivo del análisis sea el “afán curandis”, ni la supresión de los síntomas, digo, que el **único “saber”** del analista es el de un método que tiene como postulado una concepción del inconsciente, con la necesaria división del sujeto que determina el conflicto. “Saber” encarnado en el propio periplo del analista, que ha mordido el polvo en la “otra escena” del análisis personal.

La tarea a la que nos comprometemos entonces, es la de un trabajo en común que permitirá generar descubrimientos y cambios en el aparato psíquico de uno de los integrantes, (el paciente) y que requerirá del analista la disponibilidad para un trabajo propio de resimbolización, generando nuevas vueltas de espiral.

Pero para permitir el proceso de análisis es imprescindible el establecimiento de un método, que generará un vínculo asimétrico, sostenido por el encuadre, que implicará normas que tienen su flexibilidad.

No se trata de un artificio técnico, se trata de ciertas prescripciones en un vínculo con características únicas, que favorecerá un cambio intersistémico, (relación conciente-inconsciente; Ello-Yo-Superyo), a través de los avatares de la relación que también sufrirá cambios.

¿Podríamos estar todos de acuerdo, sea cual fuere el marco teórico que sustentemos, que la tarea analítica implica siempre la búsqueda de un cambio estructural intersistémico, valorando específicamente el vínculo analista-paciente?

Creo que las enormes diferencias entre las distintas escuelas psicoanalíticas, están en como se logra y en que consiste ese cambio estructural, unido a como se utilizan los instrumentos.

Análisis, viene del griego; “analysis”: “disolución de un conjunto en sus partes” que a su vez deriva de “analyo”: “desato”; que proviene de “lyo”: “yo suelto”, por lo que la tarea propuesta por Freud queda claramente enmarcada: “disolver” “desatar”, “soltar” son acciones del devenir analítico y que Freud con mayor o menor acierto expresó como: “Hacer conciente lo inconsciente”, “Levantar la represión”, “Llenar las lagunas del recuerdo”, “Donde era Ello, “Yo” debe advenir”, entre otras.

Pero esto requiere de una estructuración psíquica específica. Es posible disolver cuando está configurada una unidad, la tarea requiere de un texto, una “novela” a desarticular, a deslizar y es cierto lo que dice Freud, la unidad es algo que puede compren-

derse por sí sola, el problema son sus componentes.

Cuando me refiero a la unidad, es siempre unidad conflictual, imaginaria y con cierta precariedad, dada la forma en que nos estructuramos psíquicamente, con la división como marca de origen, esa “otra escena”, ese otro, en nosotros. Pero que de todos modos nos permite articular una novela, un “yo soy...”, novela defensiva, sí, pero que puede dar cuenta aludiendo y eludiendo, de algo propio, a través del trabajo de la ligazón a palabra, o trabajo del preconiente.

¿Qué sucede entonces, cuando esa “unidad” no está lograda? ¿Podemos seguir llamando a nuestro quehacer, análisis?

¿Cuáles consideramos los elementos específicos que hacen a la configuración de un proceso analítico? ¿Qué elementos del método o la técnica que al estar ausentes, desnaturalizarían la tarea?

• “*El pan y la sal*”

Recibí a una paciente con diagnóstico de psicosis maníaco-depresiva. Tenía numerosas internaciones psiquiátricas y en todas ellas se le habían realizado importantes series de micronarcosis. A los tres años de iniciado el tratamiento conmigo, yo me mudo. Ella estaba llena de temores y supersticiones. Me pidió por favor, que cuando entrara en mi nueva casa y consultorio llevara pan y sal. Yo le respondí que eso era importante para ella por sus tradiciones, pero no para mí, que éramos distintas. Entró en un fuerte estado angustioso y me dice en medio de una gran ansiedad y tono exaltado: “*Qué le cuesta...!, Hágalo por mí, se lo pido por favor, yo necesito eso, me asusta mucho lo de las mudanzas, me da miedo y la única manera de tener buena suerte es entrando con pan y sal a la casa*”. Le respondo: “*Mirna (la nombro para intentar reubicarla), Ud. está tan convencida que si yo no entro con pan y sal se producirá una catástrofe, que voy a tratar de acordarme de su pedido, pero esas son sus tradiciones, sus convicciones y no las mías y esa es una de sus grandes dificultades, aceptar las diferencias. El mundo entero se le vuelve muy amenazante si no se cumple con lo que Ud. piensa o cree*”. La paciente vuelve a la calma y me insiste antes de irse que por favor, no me olvide.

No estoy proponiendo ninguna estrategia terapéutica, ni ningún estilo interpretativo. Eso es lo que yo en ese momento de desborde, pude hacer. Pero lo que intento mostrar es que sin duda hubo modificaciones en el encuadre, porque momentáneamente cedí a la demanda, y eso implica que en ese momento con Mirna, estoy muy lejos de generar una disolución o desligadura.

Yo intento sin éxito, marcar una diferenciación yo-no yo, que fracasa, aunque sigo intentándolo. Yo no me puse a conversar coloquialmente sobre sus creencias o tradicio-

nes (habría sido otra forma de intentar calmarla), tampoco le seguí la corriente, ni me dediqué a descomponer los interesantes contenidos acerca de su pedido: “el pan y la sal” (no creo que en su exaltación hubiera podido escucharme), ni me mantuve silenciosa frente al desborde (esta actitud creo que hubiera aumentado su angustia persecutoria).

Más allá de lo dicho, la neutralidad estuvo fuertemente modificada, al decirle que me iba a acordar de ella, pero creo que debemos discutir si eso implica ceder el lugar.

Seguimos trabajando en sesiones posteriores sobre las diferencias y sus voraces e imperiosas demandas, sus aspectos fuertemente intrusivos, así como sus miedos a la vuelta de los mismos sobre sí.

Tiempo después, ante una afirmación y pregunta de ella, pude decirle, que me había “olvidado” de su pedido al entrar en mi nueva casa, pero sin embargo en ese nuestro espacio, no había sucedido ninguna catástrofe, las catástrofes en tal caso, son vividas por ella en su interior y con frecuencia tiene convicciones irreductibles acerca de peligros que la amenazan desde fuera. Después de un cierto reproche, se pudo reír y yo también.

¿Es necesaria una nosología psicoanalítica?

“Yo quisiera justificar, demostrar, confirmar, transmitir que el analista es alguien que dirige la cura, que es una persona activa en la cura y no esa impresión que tienen muchos que el analista se tapa los oídos, la boca y los ojos. Yo estoy en contra de esta idea de que el analista está en un “estado segundo” de atención flotante cerrado”

Nasio (1997)

Un aspecto frecuentemente controversial en las discusiones clínicas, lo constituye el desacuerdo con relación a la psicopatología de un paciente dado.

Esto lleva muchas veces a soslayar el problema y a tratar de omitir dicha conceptualización. ¿Es esto adecuado?

Sélika Mendilaharsu (1993) lo plantea con precisión y firmeza: “Es innecesario argumentar sobre la necesidad de una nosología psicoanalítica... hay diferencias notorias en el análisis de una estructura neurótica y una psicótica o perversa”, extendiéndose luego sobre los problemas que presenta la patología del narcisismo.

Esto no implica una perspectiva diagnóstica, que tiende a cerrar la escucha y puede generar forzamientos clínicos. Es más, ¿cuántas veces nos hemos llevado sorpresas, positivas o negativas con relación a la perspectiva que teníamos de ese paciente?

Pero también hemos visto a menudo como el analista insiste en un modo de interpretación y en una visión del paciente que parece no tener en cuenta el momento estruc-

tural que está puesto en juego, lo que puede resultar iatrogénico. Es muy cierto que sea quien sea el analista y su perspectiva teórica, hay un background clínico que soslaya estas dificultades, pero la intención de este trabajo es acercarme a un cuestionamiento teórico que quede menos librado a la intuición del “buen clínico”.

¿Qué pensamos de nuestros fracasos analíticos? Frente al abandono del tratamiento por parte del paciente. ¿nos conformamos con decir que no era analizable? En ese sentido comparto las ideas de Green, (1993) prefiero pensar que ese paciente fue inanalizable para mí, porque no pudimos encontrar un modo de aproximación, por diversas razones, incluidas las personales del analista.

Es en ese intersticio entre la analizabilidad posible o imposible que quiero ubicarme en este trabajo.

Desde el punto de vista psicopatológico querría traer al intercambio algunas ideas.

Definiríamos como neurosis, como señalamos al inicio, la estructuración psíquica con la represión secundaria actuante, lo que permite la diferenciación conciente-inconciente, donde “la trama edípica hace presente con más claridad, el aspecto triangular de la relación” (Casas de Pereda 1993).

Con relación a la psicosis, Freud nos habla de una ruptura entre el Yo y la realidad, que deja a aquél, bajo los embates del Ello. Lacan plantea: “Previa a toda simbolización, (anterioridad lógica) hay una etapa, donde puede suceder que parte de la simbolización no se lleve a cabo., algo primordial en lo tocante al ser del sujeto no entre en la simbolización, y sea, no reprimido, sino rechazado». Afirma que en las psicosis lo que está en juego no es la realidad, ya que el loco “sabe” que sus alucinaciones son sólo de él (esto puede verse en Schreber), sabe que son fenómenos de un orden distinto al de la realidad, la diferencia es que él “tiene una certeza: “lo que está en juego –desde la alucinación hasta la interpretación- le concierne” (Lacan 1993 – pags.110 y 118).

En cuanto a la perversión, considero que ya es tema de otra problemática. ¿Existe la perversión como estructura? ¿O es más bien una defensa frente al derrumbe psicótico? En esto las diferencias entre americanos y franceses son notorias. ¿Qué incluimos dentro de la perversión?

Creo que este es un tema de importante actualidad, de consecuencias altamente significativas en la clínica actual y que tengo que dejar en suspenso en este trabajo.

Con relación a las llamadas patologías más allá de la neurosis, se abre un impresionante registro nosográfico: personalidades falso self, pacientes psicósomáticos, patologías narcisistas, fronterizos, trastornos de carácter, personalidades como si, normópatas y muchos más, según los autores y la concepción teórica que sustenten.

Son descripciones de utilidad? O más bien generan confusión? Algunas de estas pueden configurarse como estructuras?

Con relación a los fronterizos tanto la conceptualización de Kernberg (1987), como la de Green (1990) y también entre nosotros (Schkolnik 1997), desde distintas perspec-

tivas, han hecho esfuerzos tendientes a precisar aspectos que permitirían considerarlas como organizaciones.

Más allá de acuerdos o desacuerdos en los aspectos que definen la psicopatología, lo que pregunto es: ¿Acaso en la escucha de una entrevista no tomamos en cuenta las defensas que predominan en su funcionamiento habitual? ¿No atendemos a su forma de vincularse, predominantemente triádica o dual? ¿No consideramos la etapa vital que está cursando? ¿Cómo se relaciona con su propio cuerpo? ¿Qué sucede con la sexualidad? ¿Cómo es su pensamiento: con aspectos predominantemente confusionales o excesivamente racionales?

Me parece fundamental discriminar adecuadamente los modos de funcionamiento en que se encuentra el paciente, para permitir un abordaje adecuado

Dice S. Bleichmar (1999): “La audacia para articular hipótesis diagnósticas desde el comienzo de un proceso, debe ir junto a la cautela para no tomarlas más que como lo que son: hipótesis de trabajo”. El psicoanálisis ha cambiado mucho y se ha ampliado desde la época de Freud y no podemos soslayar que el método creado por el fundador fue exclusivamente para la neurosis. Sus desarrollos en torno a la década del 20 y posteriores: Más allá, Análisis terminable..., El yo y el ello, el Esquema, nos van mostrando más y más dificultades para la cura analítica y sin embargo, él no modifica su técnica y no mostró aprobación alguna a cualquier intento de modificación de la misma (Rank, Ferenczi).

¿Cuál es nuestra postura cuando trabajamos con otras patologías? ¿Nos hacemos los distraídos? ¿Forzamos el método para que entre en el paciente en cuestión? ¿Pensamos que hay muchos psicoanálisis?

¿Modificaciones al método o a la técnica?

“Por mi parte nunca me he ocupado de la síntesis”

Freud (1976)⁴

“No sigo un camino rectilíneo, pues rara vez experimento la necesidad de sintetizar. La unidad de este mundo me parece algo que se comprende por sí sólo... yo soy evidentemente un analista y creo que la síntesis no ofrece obstáculos, una vez logrado el análisis”

Freud (1976)⁵

“Serán duros los tiempos para el analista, quien se verá incluso obligado a sacrificar la pureza del análisis para conservar el carácter psicoanalítico de la relación”.

Green (1993)

Si tomamos en cuenta algunos de los elementos del encuadre analítico, veremos que con relación a la **frecuencia**, los tratamientos llevados a cabo por Freud eran breves (duración) pero en general con un a menudo diario, encuentro analítico. Ciertamente es decir que Freud no evitó en analizar a gente que vivía lejos, por lo que la frecuencia variaba mucho y hasta analizó por carta y por interpósita persona (Juanito). ¿Qué pensaba él de esos tratamientos? ¿Que no eran analíticos?

¿Qué pensamos hoy acerca de la **frecuencia**?

Los estándares de IPA siguen planteando un mínimo de cuatro sesiones semanales, pero en nuestra institución, entre otras, se aceptan 3 sesiones como mínimo para adultos, con recomendación de algún período de cuatro sesiones semanales y tres sesiones por semana (mínimo) para análisis de niños, como ha sido exigido recientemente.

¿Por qué se ha variado el estándar?

Además de los motivos económicos que cuentan en esta variable, (tanto para su mantenimiento como para su modificación), pienso que si bien la mayor frecuencia pone fuertemente en juego lo transferencial, favoreciendo entonces la resignificación, no se ha visto que una frecuencia menor, impida el proceso analítico⁶

Por otra parte, vemos a menudo que con alta frecuencia no se desarrolla el análisis y que se producen significativas y profundas transformaciones de la economía psíquica con un tratamiento bi-semanal.

Además nos encontramos con pacientes que no toleran o que en un principio nosotros podemos considerar inconveniente una alta frecuencia.

Me parece sugestivo lo expresado en el trabajo sobre frecuencia en la práctica actual²: Los analistas de mayor experiencia parecen coincidir con el criterio de que la frecuencia debe ser modulada según el momento que el paciente esté cursando y piensan que si bien la mayor asiduidad puede favorecer el análisis, no es el elemento esencial, ya que la generación de lo que denominamos proceso analítico está basada en otras condiciones que no son la frecuencia, como por ejemplo la capacidad de resignificación, de insight, etc.

Entonces, ¿seguimos incluyendo en el método la frecuencia establecida por los estándares? ¿O este aspecto pertenecerá más bien a la técnica y por tanto puede ser variado sin que tengamos que considerar que estamos frente a una psicoterapia?

En cuanto al uso de **diván**, no se trata de negar sus aspectos positivos: mayor regresión, mayor contacto con el mundo interno a través de la privación de la mirada, mayor capacidad de proyección, además de más comodidad para el analista, que también puede mantenerse en una situación más libre, con mayor posibilidad de flotar la atención y también más conectado con sus propios procesos. Pero es un elemento técnico y no una prescripción metodológica.

El análisis con niños a través del juego, con adolescentes en cara a cara, han

mostrado claramente la posibilidad que se desarrolle el proceso sin necesidad de diván.

En cuanto a la **duración del tratamiento**, es muy variable, pero el elemento que me parece central es que es un vínculo destinado a finalizar. Sin embargo también tenemos que admitir como frecuente con pacientes psicóticos o graves, que si bien llega el momento en que planteamos una terminación del tratamiento, nos mantenemos en contacto esporádicamente. ¿Este hecho nos obligaría a pensar que no fue un proceso analítico porque el paciente no ha podido disolver el vínculo transferencial?

Con relación a la **regla de abstinencia**, considero que es una prescripción metodológica absoluta, vinculada a la prohibición del incesto y a toda forma de seducción sexual por parte del analista. Pero cuando Freud plantea que toda cura debe llevarse a cabo en privación y abstinencia¹⁰, señala que es un aspecto fundamental del método, porque es necesario dejar subsistir en el paciente necesidad y añoranza como fuerzas pulsionantes que permitan el análisis, sin embargo en el mismo texto señala que esta privación requiere un examen más a fondo, que permita trazar las fronteras de su aplicabilidad. Y cuatro años después, en un texto por cierto muy ideológico, en donde habla de extender los tratamientos a sectores populares, dice que cualquiera sea la forma de la futura terapia, aún teniendo que alear el oro puro, los ingredientes rigurosos del psicoanálisis se mantendrán. (Freud 1919)

Esto se vincula sin duda con el concepto de **neutralidad**, que Fanny Schkolnik (1999) ha objetado, porque no da cuenta del posicionamiento comprometido y libidinal del analista con relación a su paciente. Esto no impide que sean fundamentales la privación, la frustración y el establecimiento de ciertos límites, abstinencia fundamental para mantener la especificidad del análisis. Pero aún los autores que mantienen el concepto de neutralidad necesitan remarcar que debe ser benevolente (Laplanche, 1989; Green, 1990; L.de Urtubey, 1999).

Es decir, lo central de nuestro posicionamiento como analistas en este aspecto es no emitir opiniones, ni consejos y mucho menos hablar de nuestras cosas. Nosotros estamos a la escucha de lo inconsciente, sea reprimido o escindido del paciente y ese es nuestro lugar. Sin embargo también tenemos que admitir que a veces para evitar una actuación grave hacemos indicaciones o nos pronunciamos.

Con relación a la **interpretación**, podemos mantener un concepto restrictivo como el que muy bellamente describe Laplanche (1972): “Interpretar en psicoanálisis, es en primer lugar dismantelar y allanar de manera radical el “texto” manifiesto... es aferrarse sin cesar a las faldas del discurso, aceptando no ver más allá del paso siguiente, animado por la única certidumbre de que los rastros del cazador-caza acabarán por dibujar... los nudos significantes”.

Esto enmarca la esencia del análisis, disolver, dismantelar, no ocuparnos de traducir, de dar sentido, pero tenemos que admitir que esto es así cuando se trata de “levantar la represión” (neurosis); el problema surge cuando tenemos que instalarla, porque nos

enfrentamos a afectos desmedidos y a textos dismantelados, deshilachados que nos obligan a construcciones y traducciones diversas.

Esa posibilidad de dismantelar el texto manifiesto, va de la mano con la capacidad de asociar libremente, que nos permite como analistas mantener la atención libremente flotante. Pero son muchos los pacientes que no pueden asociar. En unos casos, aparecen fragmentos desorganizados, perlas sin hilo, como dice Green (1990) y nuestra tarea es justamente restablecer la cadena asociativa, hilar junto al paciente, trabajando las escisiones, para que pueda relacionar lo actual con el pasado, un aspecto de sí mismo, de su historia con otro. En otros se pone de manifiesto un discurso racional, rigidizado, que relata la cotidianeidad más banal y que tampoco es asociación libre. Distancia y desafectivización que nos permite suponer formas de control de angustias desorganizantes.

Sin duda que hay momentos con estos pacientes que estamos en **atención flotante**, momentos autoelaborativos en los que procesamos las angustias y/o confusiones que se juegan en el escenario del análisis. Nos encontramos así ensoñando una situación infantil, con frecuencia surgen recuerdos de gran pregnancia, a veces una película, una poesía, situaciones que nos abren a nuevos modos de abordaje del vínculo y que muchas veces nos permite comprender la angustia en juego. Pero con frecuencia el estado predominante no es ese, sino que estamos atentos a como viene el paciente después de una sesión particularmente difícil o buscamos conectar lo que nos dice con tal o cual aspecto de su historia, estamos muy atentos a sus gestos, a su expresión, a como se ubica en el diván y hacemos importantes construcciones, en estos casos sí, tratando de encontrar sentidos a las angustias arrasadoras que está viviendo.

Es frecuente que estos pacientes se asombren de nuestra memoria, y no sólo por las características de la memoria del analista, sino porque su forma de funcionamiento es el corte, el escotoma, la desligadura entre su mundo interno y sus angustias, entre el ayer y el hoy. Y nuestra tarea es justamente la de la ligazón.

Esta memoria y esta forma de ligazón están vinculadas a los modos en que se expresan los **movimientos transferenciales** de ambos integrantes de la dupla.

Transferencia que implicará siempre repetición de situaciones, modos de vínculos del pasado, pero como bien señala Marucco (1999), de muy distinta índole. No es lo mismo la repetición de los fragmentos y ramificaciones del Edipo, novela familiar que se reedita en la neurosis de transferencia, que la repetición de las fracturas del narcisismo que impiden la renuncia y el duelo por la grandiosidad, dificultando el proceso analítico. Y lo que es aún peor, la repetición de vivencias que jamás accedieron a la palabra. Huella sin palabra, con una historia desmentida más que reprimida, que desafía los límites del análisis.

¿Le seguimos llamando transferencia a estos diversos modos de repetición? Yo diría que sí, pero tenemos que admitir que implica un concepto de transferencia distinto del freudiano, porque no me estoy refiriendo a lo reprimido en función de la interdicción,

me refiero a los pacientes en donde justamente ha fallado la prohibición, en donde se evidencian dificultades para establecer la diferencia de generaciones, o la discriminación yo - no yo, emergiendo fragmentos desorganizados que se proyectan en la escena del análisis inundando el campo de hostilidad y angustias muy intensas.

No emergen recuerdos porque la historia está desmentida y fragmentada y se produce con frecuencia un desborde de odio, actuaciones de todo tipo que ponen en riesgo al paciente y por supuesto al vínculo analítico, que es atacado con ferocidad.

· “El monstruo máquina”

Ana estuvo dos años diciéndome que yo era una máquina fría y monstruosa, que era incapaz de entender nada, que allí estaba yo implacable e indiferente. Su historia, que estaba muy fragmentada y emergía con dificultad, estaba poblada de aspectos siniestros.

Pese a los continuados ataques al vínculo y a mi como persona, me inspiró en un principio interés, algo me desafiaba: ¿Por qué alguien venía durante tanto tiempo, con alguien tan horroroso para ella? Y con posterioridad, a medida que iban emergiendo fragmentos de su historia, predominaba en mi un sentimiento de piedad. Sus ataques desmedidos me parecían “comprensibles” y trataba esforzadamente de que ligara esos fragmentos, (a través de lo que se podía inferir como objetos de su odio). Intentaba preservar así el espacio analítico.

Armaba frecuentes construcciones con relación a lo que me asignaba y los rastros de su historia. Admitía su furia y la “comprendía”. Con frecuencia terminaba agotada y comencé a sentirme incapaz de generar un movimiento en esos graves traumas precoces. Me inundé de un fuerte pesimismo y un gran cansancio, pese a que me infringía fuertes agresiones, yo no podía “vivir” esa agresión. Digamos que yo la “justificaba” y desplazaba su hostilidad a quien “correspondía”. ¿Tal vez interpretar esos niveles de destrucción para conmigo y el tratamiento, iba a generar el fin del vínculo analítico y también de toda esperanza?

Así trataba de proponerme como “otro” vínculo, aquel que nunca tuvo: tolerante, continente, comprensivo. Sin embargo algo de lo idéntico, se mantenía.

¿Por qué continuaba el tratamiento? Venía siempre en hora, (a veces se iba antes muy enojada), pagaba puntualmente cosa que también le promovía odio, pero no dejaba de hacerlo y como algo muy importante, era que en medio de tanta destructividad, propia y ajena, había algo del orden de la pasión, que incluía no sólo lo mortífero sino también lo libidinal. Era una mujer excepcionalmente inteligente y muy sagaz para descubrir las fallas del otro, (habitualmente las mías).

El tiempo pasaba (dos años), no se producían movimientos significativos y pensé

que era “inútil” mi intento de abordarla. Además verla tres veces por semana durante 50 minutos, me empezó a parecer que era intentar apagar un incendio con una cucharadita de agua.

Un día como tantos, con su despliegue de hostilidad para conmigo, yo la escuchaba en silencio y pensaba en la interrupción. ¿Qué me detenía?. Creía que iba a ser para ella un nuevo trauma que se acumulaba a los anteriores. Al terminar la sesión y cuando la acompañaba desesperanzada, dolida (como sesión a sesión) a abrir la puerta, me surgió inopinada y compulsivamente, la fantasía de expulsarla de “mi casa”. Fantasía asesina con una pregnancia que me dejó anonadada. Quedé asustada, pero asustada de mi misma. Me costó mucho seguir atendiendo ese día. Tuve que hacer un enorme esfuerzo para escindir mis vivencias y “busqué resolverlo”.

Lo “resolví” diciendo: “Basta!!”. No era justo que el esfuerzo que yo hacía sesión tras sesión, me pusiera en ese lugar y me promoviera sentimientos de una intensidad que “nunca” había vivido y que no tenía por qué vivir. Iba a interrumpir el tratamiento, pero lo que me propuse fue calmarme y no actuar de inmediato.

La intensidad de mis sentimientos y el estado angustiado en el que quedé me “obligaron” al análisis. ¿Por qué la fantasía incluía echarla de “mi casa”? ¿Dónde estaba durante todo ese tiempo mi odio, que ahora emergía tan compulsivamente? ¿Por qué había sido yo tan “comprensiva” y “tolerante”? Me di cuenta entre otras cosas, que yo me había ubicado en un modo de relación víctima-victimario, que sin duda tenía su verdad para ella y para mi, pero que ese posicionamiento me había llevado a esa “comprensión” y a reprimir el odio, impidiéndole a Ana, verdaderamente procesar el propio. Yo “sabía” que era objeto de exigencias arbitrarias y voraces, expresiones de sadismo, pero al tolerarlo pasivamente, (al modo de su historia infantil y adolescente), aumentaba su ensañamiento.

Evidentemente no puedo plantear acá, los complejos y sinuosos caminos por los que me introdujo Ana, pero sí puedo decir que el tratamiento tomó ahí un punto de inflexión radical y pude vivir en mi misma que en realidad era bastante cierto, lo que Ana me reprochaba, no había entendido ni comprendido “casi” nada.

La madre tolerante y comprensiva que era capaz de “entender” y “soportar” el odio, fue asesinada esa tarde, en el corredor de mi consultorio y la niña asesina inició allí su sinuoso periplo. Eramos dos las dañadas y llenas de odio, la diferencia era que yo no tenía que actuarlo y fuimos con dificultad, logrando juntas poner palabras que nombraron vivencias arrasadoras.

El tratamiento ¿análisis? de Ana, continuó por diez años más, diría que fue por momentos una lucha “cuerpo a cuerpo”, surgieron actuaciones de parte de ella de alto riesgo, a las que puse límites como pude, lo que incluyó alteraciones del encuadre (atención telefónica, sesiones extraordinarias –aún en fines de semana-), pero también planteos ríspidos de mi parte, con límites fuertes que comprometían la continuidad del tratamien-

to: Por ejemplo la consulta psiquiátrica, o detener ciertas conductas suicidas, vinculadas a drogas o alcohol (que no eran adicciones, sino desbordes).

Repensando hoy este tratamiento no puedo dejar de preguntarme: ¿Esa tolerancia durante dos años fue un “error técnico”? ¿Ese “error” permitió la construcción de un escenario y un vínculo posible? Yo diría que el mayor problema no fue el metodológico, el mayor problema fue que la analista no podía tomar contacto profundo con ese modo de relación, pero también debemos admitir que estos pacientes atacan nuestro narcisismo, amenazan nuestra integridad y se expresan a través de formas de vínculos muy primitivas que nos obligan muchas veces a defensas excesivas. Por eso exigen una mirada tercera y por eso también volvemos una y otra vez sobre los avatares y desafíos que nos implicaron.

¿Cuáles consideramos entonces, los “ingredientes rigurosos del análisis”¹¹ sin los cuáles éste dejaría de ser tal?

Desde mi punto de vista el encuentro con el paciente implicará presupuestos teóricos irrenunciables, que dan cuenta de la intrincación de la clínica con la metapsicología.

Una estructuración psíquica que implica la división del sujeto y al narcisismo como constituyente de una instancia fundamental que es el yo, con sus recursos elaborativos y defensivos. Constitución que implica al otro, marcando formas de vínculo, identificaciones y que esas marcas son sexuales, erógenas y por tanto generadoras de conflicto o de perturbación de la estructuración misma.

Ese otro que nos erogeiniza, pone de relieve la transferencia, es decir que en todo encuentro analítico se reeditarán “modelos”, modos de relación, deseos, identificaciones, “imágenes”, “vivencias” del pasado, aspectos que deberán ser discriminados y considerados, sean o no interpretados; pero también vínculos capaces de generar algo nuevo, lo que favorecerá nuevos reensamblajes.⁵

Situación que requiere de un encuadre, en donde la constancia y la abstinencia son esenciales. Regla de abstinencia que contendrá la prohibición del incesto y todo intento “seductor” o “silvestre”, de romper la asimetría. Que existan momentos fusionales en la díada, situaciones de confusión, de proyección, de identificaciones confusionantes, no implica que no estemos obligados a trabajar con nosotros mismos, (solos o con otro - supervisor, analista-) para rescatarnos y mantener nuestro posicionamiento. Posición tercera, que permitirá la perlaboración o reestructuración del psiquismo del paciente, a través del establecimiento de la diferencia, de la legalidad, del límite, sea expresado en forma manifiesta o no.

Esto en la búsqueda de nuevas posibilidades y flexibilidades en el funcionamiento psíquico al propiciar los procesos de discriminación y subjetivación, generándose cambios ya sea a través de la desligazón de lo coagulado en el síntoma, o de la construcción

y sostenimiento de la transferencia, que permite acceder a cadenas representacionales antes imposibles de ensamblar, que desde nuestra concepción psicoanalítica redundará en mayor permeabilidad, simbolizaciones más ricas, fruto del desmantelamiento de los abrochamientos defensivos (Casas 1999) y del encuentro nuevo y distinto que se produjo en el escenario analítico.

Rescatar los descubrimientos freudianos, no implica cumplir con una doxa que se emite en el exterior del campo analítico, como es el caso de la existencia de los “standards” con respecto a la frecuencia, por ejemplo. Implica justamente estar abiertos a los cambios, a las reelaboraciones, tal como lo puso de manifiesto el fundador.

Si el psicoanálisis se ocupa de la subjetividad humana, es en ese encuentro subjetivo que se tendrán que ir estableciendo los modos de intervención, los modos del encuadre, los modos de interpretación de la transferencia. Pero esto no implica “vale todo”, sino que trabajaremos con nuestro paciente en la consideración de la concepción de una teoría y de un método, que tendrá que ser permanentemente puesto a prueba y reelaborado.

Apalabrar: encontrar las propias palabras, encontrar palabras nuevas, que den cuenta de nuestra indefensión, de nuestras potencialidades, y eso sólo puede hacerse si somos afectados, desde el otro y con otro, que también se afecta, pero que puede mantenerse en un lugar distinto, gracias a un método y una experiencia propia, en ese “otro” lugar en que hoy está el paciente.

Notas

3. Citado por Silvia Bleichmar en *Clínica psicoanalítica y neogénes* (ver Bibliografía)
4. Carta a James Putman 1915 – Ver bibliografía
5. Carta a Lou Andreas-Salomé 1915 Ver bibliografía
6. Yo había terminado este trabajo, cuando me llega el importante aporte, para el Pre-Congreso de FEPAL, al que remito a los lectores: **Casas de Pereda, Myrta. Reflexiones sobre la frecuencia de sesiones en la práctica analítica.** La autora desarrolla con profundidad el tema, que está aquí apenas aludido.

Resumen

Este trabajo pretende aportar una reflexión sobre nuestra práctica, que pasa por valorar el método psicoanalítico, pero sin que ello implique desconocer las variaciones necesarias, en el encuentro clínico con cada paciente.

Partiendo de los planteos freudianos, con relación al tratamiento de las neurosis y sus prescripciones metodológicas, se considera que la extensión del campo del psicoanálisis, implicará recurrir a modificaciones del encuadre y del estilo interpretativo, cam-

bios que a mi entender no implican su desnaturalización, sino que mantienen lo central de sus postulados.

Se describen brevemente, los instrumentos teóricos psicoanalíticos, que me permitieron pensar en el tratamiento de pacientes que exceden la neurosis o en momentos particularmente regresivos de los pacientes neuróticos. Se plantean también dos situaciones clínicas, que dan cuenta de modificaciones al encuadre.

Se recorren en forma sucinta, los aspectos centrales del método creado por Freud.

Se valora particularmente el posicionamiento del analista, en un campo de fuerte compromiso libidinal, pero en donde se rescata siempre la necesidad de la terceridad, favoreciendo procesos de historización, de ligazón, ante la emergencia de actos y la presencia de escisiones, así como la resimbolización de lo coagulado en las formaciones de síntoma, que exige todo cambio estructural.

Si el psicoanálisis se ocupa de la subjetividad humana, es en ese encuentro subjetivo que se tendrán que ir estableciendo los modos de intervención, los modos del encuadre, los modos de interpretación de la transferencia. Siempre y cuando podamos dar cuenta de nuestra concepción teórica y de un método, que tendrá que ser permanentemente puesto a prueba y reelaborado.

Summary - Questioning the Psychoanalytic Method Once Again.

Susana García Vazquez

This project intends to reflect upon our practice; one that values the psychoanalytical method without implying that the necessary variations in the clinical encounter with each patient are unknown.

Based on Freud's theory, related to the treatment of neurosis and its methodological prescriptions, it is considered that the extension to the psychoanalytical areas will imply appealing to modifications on both focus and interpretative style. These changes don't to my understanding- imply denaturalization but on the contrary maintain the core hypothesis.

There is a description of the theoretical psychoanalytical instruments that have allowed me to think about treatments for patients that exceed neurosis, or for the particularly regressive moments of neurotic patients. Along with that, two clinical situations are described, that explain and exemplify the different modifications in focus.

The core aspects of Freud's method are briefly gone over.

As is demanded for every structural change, the analyst's positioning is particularly valued in an area of strong libidinal commitment, but the need for the third space is always given its corresponding importance; always favoring the processes of historization and liaison in the emergence of acting and the presence of splitting, as well as the re-

symbolization of the symptoms and what has coagulated in its formation.

If psychoanalysis deals with human subjectivity, it is in that subjective encounter that means of intervention must be established, as well as different forms of focusing and interpreting transference. All of this is possible if – and only if- we can account for our theoretical conception and a method that must be permanently tested and re-elaborated.

Descriptores: **ENCUADRE PSICOANALÍTICO / NEUTRALIDAD /
REGLA DE ABSTINENCIA / INTERPRETACIÓN /
TRANSFERENCIA / CONTRATRANSFERENCIA /
SESIÓN PSICOANALÍTICA / BORDERLINE /**

Bibliografía

- ACEVEDO DE MENDILAHARSU, S. “La Neurosis hoy. Problemas de límites” En: Publicación Congreso APU: La Neurosis hoy. Montevideo 1993
- ALTMAN, M. Y Col. Alta y baja frecuencia en nuestra práctica analítica actual. R.U.P N°95 ABRIL 2002
- AULAGNIER, P. El sentido perdido. Pag. 97 -Editorial Trieb Buenos Aires. 1980
————— La violencia de la interpretación. Amorrortu 1997 Bs.As.
- BLEICHMAR, S. Clínica psicoanalítica y neogénesis. Amorrortu 1999
- CASAS DE PEREDA, M. La neurosis hoy. Publicación Congreso APU 1993 Montevideo
————— En el camino de la simbolización. Paidós 1999 Buenos Aires
- DE URTUBEY, L. El encuadre y sus elementos R.U.P. N°89 1999 Montevideo.
- FREUD, S. Carta a James Putnam 1915.pag.76 Ed. Plaza&Janés. 1976. España
————— Carta a Lou Andreas-Salomé. 1915 pag.78 Plaza&Janés 1976 España
————— Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. 1915. T.XII Amorrortu
————— Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. 1919 T. XVII. Amorrortu
- GREEN, A. De locuras privadas. Amorrortu 1990 Buenos Aires
————— La nueva clínica psicoanalítica Amorrortu 1993 Buenos Aires pag.89
- KERNBERG, O. Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas. Manual moderno México 1987

- LACAN, J. Las Psicosis Sem.3 Paidós pag. 110 Buenos Aires 1993
- LAPLANCHE, J.y ot. Interpretación freudiana y psicoanálisis. Paidós 1972 Buenos Aires Argentina
- LAPLANCHE, J. Nuevos fundamentos para el psicoanálisis. Amorrortu. 1989 Buenos Aires
- MARUCCO, N. Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida. Buenos Aires Amorrortu 1999
- NASIO, J.D. El psicoanálisis cura. Rev. Zona Erógena N°33 Buenos Aires 1997
- ROSOLATO, G. La práctica: su encuadre, sus interdicciones Zona erógena N°39 Bs.As. 1998.
- SCHKOLNIK, F.. Aproximación psicopatológica a los trastornos de personalidad desde la perspectiva psicoanalítica. EN: Revista de Psiquiatría del Uruguay. Montevideo 1997. T. 61, n. 336
- ¿Abstinencia o neutralidad? R.U.P. N° 89 1999 Montevideo Uruguay
- Teoría(s) psicoanalíticas – Metapsicología. Foro de Fepal Montevideo 2001