



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Grado

Desencuentros en el encuentro analítico.

Estudiante: Alejandro Bonjour (CI 3600440-4)

Tutora: Asist. Mag. Mariana Zapata

Revisor: Prof. Adj. Mag. Octavio Carrasco

Montevideo, 30 de Octubre de 2019

Contenido

Resumen.	2
Introducción.	3
La consulta en la clínica psicoanalítica de la Unión (CPU).	3
Primera parte.	6
Psicoterapia psicoanalítica en CPU.	6
Construcción del caso clínico.	7
El lugar de la escucha.	9
Presentación del caso.	13
Cuando la mentira no debe ser protagonista.	15
Segunda parte.	18
Desencuentros famosos del Psicoanálisis.	18
Caso Dora.	18
Caso Elisabeth Von R.	21
Reflexión.	24
Referencias bibliográficas.	29

Resumen.

La temática del siguiente trabajo da cuenta de los desencuentros que se pueden producir en el espacio clínico. Entendiendo por desencuentros no recurrir a la atención flotante, posibles puntos ciegos, acting del analista, escasa disponibilidad a la escucha y contratransferencia.

Desde una lectura psicoanalítica, se realizan conceptualizaciones teóricas relacionadas a desencuentros del vínculo analista-paciente. Se articulan estos conceptos con un abordaje clínico de un estudiante de graduación en el marco de las prácticas académicas en la Clínica Psicoanalítica de la Unión (CPU) realizadas en el año 2018. Se toman como ejemplo los famosos historiales clínicos de Freud, Dora y Elizabeth Von R.

Palabras clave: atención flotante, puntos ciegos, acting del analista.

Introducción.

La consulta en la clínica psicoanalítica de la Unión (CPU).

La población consultante de práctica en el barrio Unión es variada, niños, adolescentes, adultos derivados de distintas instituciones (policlínica de Vicenza, escuelas, ONG en convenio con INAU, salud Mental de Hospital Pasteur, UTU) y vecinos que solicitan el servicio directamente en la comisión. En el libro “Psicoanálisis en la Universidad” se realiza una clasificación de población consultante de acuerdo a los motivos de consulta, se indica que las problemáticas de los consultantes que accedieron a este dispositivo entre los años 2016 a 2017 tienen varios elementos en común. Los motivos de consulta de los usuarios rondan en torno a violencia intrafamiliar, abusos, embarazos tempranos, abortos, duelos, adicciones, autopuniciones y dificultades en el relacionamiento con sus pares. Algunas características que comparten los usuarios es que integran familias ensambladas, hogares monoparentales o en proceso de desintegración, esto queda en evidencia en sus discursos, gran parte de estas personas tuvo una o más instancias previas de atención de aspectos psicológicos en las instituciones por las que han transitado. (Singer, 2018, p.82).

El trabajo que realizan los estudiantes en la CPU permite ejercitar la escucha analítica y realizar la escritura del material clínico que luego, en el espacio de supervisión, se presenta a los demás integrantes del grupo y a los docentes con la finalidad de hacer del análisis un trabajo colectivo.

Ese encuentro produce un tejido discursivo que acompaña el análisis, producto de fenómenos transferenciales e inconscientes. Para este trabajo se tomarán los posibles desencuentros, los que producen aprendizaje en el estudiante cuando pueden integrarse a la escucha analítica. Entendiendo por desencuentros no recurrir a la atención flotante, posibles puntos ciegos, acting del principiante, escasa disponibilidad a la escucha, angustia y ansiedad persecutoria excesiva de los primeros encuentros y contratransferencia.

La atención flotante es una expresión creada por Freud para designar una de las reglas técnicas según la cual el analista debe escuchar al paciente sin privilegiar ningún elemento particular del discurso y dejando obrar su propia actividad inconsciente. Freud (1992d) formuló esta técnica explícitamente: “No debemos otorgar una importancia

particular a nada de lo que oímos y conviene que le prestemos a todo la misma atención flotante” (p. 111). La atención flotante supone por consiguiente, por parte del analista, la supresión momentánea de sus prejuicios conscientes y de sus defensas inconscientes. En el inicio, Freud utilizó el método catártico el cual mediante sugestión bajo hipnosis sus pacientes eran despojados de los síntomas. Luego de confirmar la pobre eficacia, el método catártico abandona la sugestión, y por consiguiente la hipnosis. En este segundo momento invitaba a sus pacientes tenderse de espaldas en un sillón y les indicaba que “dejen ir sus comunicaciones como harían en una conversación en que se hablase de bueyes perdidos” (Freud, 1992e, p.239). A esto le llamó asociación libre y fue un elemento constitutivo de la técnica psicoanalítica. Se puede concluir que el método catártico evolucionó de sugestión e hipnosis a asociación libre y atención flotante.

Al introducir la regla de "atención parejamente flotante", Freud pensó en un inicio en que era posible una "lectura" imparcial del "material" apoyado en las asociaciones libres del paciente. Sin embargo, poco después cayó en cuenta de la existencia de "puntos ciegos" que introducían un sesgo sistemático en la escucha analítica y por consiguiente se transforma en un obstáculo para el proceso analítico. Freud (1992d) destaca al análisis personal como una exigencia para los analistas que desearan tratar pacientes en psicoterapia. Este planteo tiene como objetivo que el terapeuta pueda vencer las represiones no vencidas que subyacen a los “puntos ciegos” en su percepción analítica. Los puntos ciegos son fenómenos inconscientes que nunca tuvieron acceso a la conciencia y que pueden ser un obstáculo al momento del encuentro con el analizado (p.115).

Referente al análisis personal Lacan (2009c) plantea que en un proceso analítico, el analista “debe pagar con su persona” (p.561), pues un análisis no le es indiferente al analista por ser sujeto. Incluso ciertos sesgos en la escucha son inevitables, de hecho es lo que asegura la transmisión del psicoanálisis que cada analista transite por su práctica y reflexione sobre ella junto a otros analistas.

Es posible encontrar vasto material referente al acting que despliega el paciente, pero sin embargo es muy reducido cuando consideramos el acting que puede realizar el analista. Según el diccionario de psicoanálisis acting out es el:

Término utilizado en psicoanálisis para designar acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto o heteroagresiva. En el surgimiento del acting out el psicoanalista ve la señal

de la emergencia de lo reprimido. Cuando aparece en el curso de un análisis (ya sea durante la sesión o fuera de ella), el acting out debe comprenderse en su conexión con la transferencia y, a menudo, como una tentativa de desconocer radicalmente ésta. (Laplanche, 2004, p 5-6.)

¿Qué sucede cuando el acting se lleva a cabo por un estudiante o principiante? En este trabajo se considera como otro posible desencuentro el acting del principiante, la angustia que le presentifica el paciente, ante el encuentro con un imposible de decir. Ante la imposibilidad de evitar la angustia, y con ella el escape de ese espacio construido en sesión, espacio que Baranger (1992) entiende como “Campo Analítico”. El acting del analista, rompe ese campo para dejar nuevamente inmersos a dos individuos en una relación dual, intersubjetiva, donde ningún análisis será posible (Baranger, 1992). En el trabajo clínico dichas actuaciones aparecen como un obstáculo que compromete la continuidad de los tratamientos, así como los resultados que se buscan obtener en ellos. Es un tope del proceso analítico, que se relaciona con la ruptura de la abstinencia y la dificultad para el sostén de las regulaciones en la situación clínica.

El presente trabajo se encuentra dividido en dos partes, la primera trata de analizar y articular la idea de desencuentro en la intervención psicoterapéutica de un caso Clínico, fruto de una experiencia que se desarrolló en el marco de una Práctica del Ciclo de Graduación: “Clínica Psicoanalítica de la Unión” (CPU) perteneciente al programa “Psicoanálisis en la Universidad” del Instituto de Psicología Clínica, el espacio físico para las consultas tiene lugar en la comisión de fomento del barrio La Unión, en Montevideo, y el espacio de supervisión tuvo lugar en la Facultad de Psicología. Se presentarán fragmentos de viñetas de dos encuentros entre un estudiante y un consultante. Se trata de una joven soltera de 30 años que vive con su madre, su motivo de consulta es que se encuentra triste y no sabe por qué. Mantiene un tratamiento psiquiátrico en la policlínica barrial y el diagnóstico que presenta es que “sufre de ataques de pánico, claustrofobia, fobia y depresión crónica desde hace 7 años”.

Luego en una segunda parte, se presenta brevemente dos casos clínicos famosos en la génesis del psicoanálisis donde también se producen desencuentros entre Freud y sus pacientes, es decir que acompañan la temática desarrollada en este trabajo.

Primera parte.

Psicoterapia psicoanalítica en CPU.

En primera instancia es necesario precisar a qué refiere el término Psicoanálisis y en palabras de su propio creador:

Psicoanálisis es el nombre: de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica. (Freud, 1992g, p.231)

Por otro lado Dumézil (1989) afirma que un análisis:

No es una construcción, sino un recorrido en la estructura. El hecho de que para esto un psicoanalista sirva de guía supone que no ofrece a las tentativas de captación, reales, imaginarias o simbólicas del analizante, sino medios para liberarse de ellas (p.84).

Por lo tanto es válido preguntarse: ¿Qué se entiende por psicoterapia psicoanalítica? Recurriendo al diccionario de psicoanálisis: “Con el nombre de psicoterapia analítica se designa una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa” (Laplanche, 2004, p 324.)

Se puede decir entonces que el psicoanálisis en su forma clásica aparece más desligado de la preocupación por la cura, mientras que en general las psicoterapias se relacionan más con objetivos precisos.

Si bien en este trabajo se toma como marco teórico el Psicoanálisis es necesario precisar que en CPU no es posible apegarse a la forma clásica de esta disciplina, en

cambio se realizan intervenciones psicoterapéuticas de orientación psicoanalítica, con el fin de intentar aliviar algo de la problemática que presenta el usuario del servicio

A diario se utiliza el sustantivo “intervención” pero no es común precisar los alcances del término. Se utiliza corrientemente agregando calificativos al sustantivo: intervenciones acertadas, imprudentes, psicoterapéuticas, esperadas, inadecuadas, imperativas, etc. En primera instancia es oportuno ensayar una definición de Intervenciones psicoterapéuticas, Muniz (2005) entiende que es “una modalidad de práctica psicológica que favorece cambios en el consultante a partir del uso de una estrategia que se va construyendo en un tiempo acotado” (p.18). Una intervención psicoanalítica se puede definir entonces como una intervención psicoterapéutica enmarcada en el psicoanálisis, es decir que las estrategias que se utilizan tienen que ver con las propuestas por esta teoría para favorecer los cambios en la consultante, como lo son los señalamientos, interpretaciones, etc...

Actualmente la CPU se ha alejado del modelo psicoanalítico practicado en sus orígenes, la cura tipo para problemáticas neuróticas en la atención clínica era llevada a cabo por los docentes psicoanalistas en tiempos ilimitados, y las primeras entrevistas formaban parte de la práctica del estudiante. Se puede afirmar que por una adaptación al nuevo plan de estudios y al incremento de la matrícula, el formato evolucionó a uno más abarcativo y diverso. Las primeras entrevistas siguen siendo a cargo de docentes y estudiantes del ciclo de graduación, pero se introdujeron las observaciones participantes, los estudiantes del ciclo integral acompañan a estudiantes de graduación y docentes en las entrevistas iniciales. Es decir, se incluye a los niveles anteriores de formación, de manera tal que se pueda pensar como una “progresión coherente en relación al contacto con la clínica psicoanalítica” (Singer, 2018, p.11). La duración del tratamiento ya no es ilimitada, sino que se extiende por un período determinado con opción a renovación por un período más. Finalmente, se da la posibilidad a los estudiantes de presentar y someter a discusión sus trabajos, no solo en los espacios de supervisión, sino también en ateneos e intercambios con otras universidades de la región; favoreciendo de esa manera la participación en las experiencias clínicas de los demás estudiantes (Singer, 2018).

Construcción del caso clínico.

Respecto al caso clínico, Carrasco (2017) nos dice que no solo es “un modo de difusión, sino que es, ante todo, una ética en la formación de la clínica analítica” (p.21).

En la construcción del caso se busca comprender la situación clínica. Es la realización de una producción que articula la práctica clínica y el material teórico. Una “forma de narrar una experiencia donde el sujeto se enfrenta a la revelación de sus sueños” (Carrasco, 2017, p.20). En este trabajo se hablará de “un caso”, dado que la palabra clínico “es un término que procede de otro ámbito, de un campo a partir del cual el psicoanálisis nació, y del que debe separarse interminablemente” (Dumézil, 1989, p.97) En este caso Dumézil realiza la separación del campo médico, donde se dio origen al término “clínico”.

Entonces “un caso”; así decimos coloquialmente para referirnos a alguien que escuchamos en la práctica analítica. En ocasiones algo del contenido de ese encuentro nos lleva a compartir la experiencia con otro en una supervisión, en un grupo de estudios, en un ateneo y, ocasionalmente podría dar lugar a un trabajo escrito.

Un caso se define, pues, como el relato hecho por un practicante cuando reconstruye el recuerdo de una experiencia terapéutica destacada. Tal reconstrucción sólo puede ser una ficción, puesto que el analista recuerda el encuentro con el analizando a través del filtro de su vivencia como terapeuta, lo reajusta de acuerdo con la teoría que quiere validar y, no olvidemos este punto, lo redacta siguiendo las leyes restringidas de la escritura. (Nasio, 2000, p. 20)

Entre otras razones Nasio (2000) afirma que un caso se construye por: “necesidad, la irresistible necesidad de escribir para aligerar la intensidad de una escucha que se vuelve mirada. Luego, por deseo, el deseo de dar testimonio de la vivacidad de nuestra actividad analítica” (p. 27). El mismo autor indica que el caso clínico tiene tres funciones: didáctica, metafórica y heurística. La primera tiene que ver con la fuerza de que el caso clínico se apropie del ser imaginario del lector. Sobre la segunda refiere a cómo el caso puede convertirse en una metáfora de cierto concepto a transmitir y sobre la tercera manifiesta la posibilidad a que el caso genere nuevos conceptos. Nasio (2000) compara el sentido que se le otorga al caso en el discurso médico y el significado que le da un psicólogo “para nosotros, en cambio, un caso expresa la singularidad misma del ser que sufre y de la palabra que nos dirige” (p.10).

Lo valioso del caso clínico subyace en lo contextual y situacional, en tanto se trata de un relato que produce un sentido, resignifica desde lo actual un pasado y construye conocimiento que le es desconocido a quien lo porta. Cuando el sujeto habla, su discurso excede lo que quiere decir, da cuenta de la integración en una trama extensa relacionada a su posición en función a las instituciones a las que pertenece, las que ha transitado y a su

vinculación con lo colectivo (Carrasco, 2017). Se trata “de un sujeto que dice de uno y de varios, ya que cuando un sujeto habla de sí, sin saberlo, incluye a muchos en su discurso, lo que permite que ese decir particular sea generalizable” (Carrasco, 2017, p.23).

La construcción del caso es un método de trabajo para comprender la situación clínica; es un modo de difusión y transmisión de la misma. Este se refiere a la hipótesis del clínico tratante sobre la situación del paciente: los principales problemas que lo aquejan, los factores que los condicionan, el tratamiento planeado y su evolución (Bernardi, 2014). El caso sería tratar de inferir a partir del trabajo interpretativo que el analista muestra en sesiones escritas: qué teoría subyace a sus interpretaciones y a su actitud analítica; qué lo lleva a elegir determinados momentos de la sesión para intervenir; qué elige para hacerlo, lo que hasta cierto punto permite hacer hipótesis acerca de cómo y qué escucha; y qué hace con lo escuchado. Este método de trabajo permite hacer otra lectura, redescubrir y reinterpretar lo que sucedió en el encuentro entre un estudiante y un consultante en las entrevistas iniciales.

El lugar de la escucha.

Según la Real Academia Española, la escucha se define como “acción de escuchar”, es decir “prestar atención para oír algo”. Pero, ¿de qué se trata la escucha analítica? Para establecer tal comunicación, a nivel inconsciente, es preciso que el analista esté en posición de escuchar con la misma sintonía y disponibilidad todo el material que el paciente le trae, a fin de que pueda traducirlo para el paciente en el momento oportuno. A este respecto ya Freud (1992d) en sus “Consejos al médico” advertía que la escucha del analista hacia el paciente no debía ser selectiva, es decir que es ilícito “escoger entre el material ofrecido” debido a que esta “atención libremente flotante” no es más que el correlato de la “asociación libre” que se le exige al paciente. También establece que el analista puede, si quiere, utilizar su inconsciente como un instrumento más en la técnica analítica. (p. 111)

Trabajo en transferencia, atención flotante, contratransferencia, son herramientas comunes a la escucha analítica, más allá de la estructura psíquica implicada en el proceso.

Estimados colegas: Ustedes saben que nunca nos enorgullecimos de poseer un saber o un poder-hacer completos y concluidos; hoy, como siempre, estamos dispuestos a admitir las imperfecciones de nuestro conocimiento, a aprender cosas nuevas y a modificar nuestros

procedimientos toda vez que se los pueda sustituir por algo mejor. (Freud, 1992f, p.155)

La labor fundamental es escuchar durante las sesiones las asociaciones del paciente, contener el sufrimiento, comprenderlo e interpretarlo, es decir que debemos aproximarnos al significado del conflicto psíquico a través de la interpretación. La interpretación es, en pocas palabras, una “puesta en evidencia del sentido latente de un material” (Laplanche, 2004, p.201). La escucha condiciona la interpretación y el material que surge, y, por supuesto, el desarrollo de un proceso analítico; es uno de los factores más importantes y también uno de los más complejos para el rol del analista.

Mientras el paciente despliega todo su sufrimiento, el analista permanece en silencio, escuchando. Pero ese silencio está poblado por las asociaciones de la escucha analítica.

Se hace necesario, además de escuchar al paciente, escuchar y prestar atención a lo que sucede en nuestro interior. Según el diccionario de psicoanálisis en la obra de Freud se alude en muy pocos pasajes a lo que él llamó la contratransferencia, en la misma se ve el resultado de “la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico” y además enfatiza en que “ningún analista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas” (Laplanche, 2004, p.84)

El silencio del analista protege siempre a su self silencioso, porque, no importa cuán prolijo sea, nunca debe hablar de él como tal y, si resulta imposible al analista no revelarse, no es menos cierto que esa revelación siempre puede ser objeto de una proyección. (Green, 2001, p.133)

Entonces la contratransferencia tiene que ver con los sentimientos e ideas que el propio psicólogo proyecta, de manera inconsciente, sobre los pacientes a partir de sus experiencias pasadas. Es esencial saber detectar los efectos que la contratransferencia tiene sobre el modo de relacionarse con los pacientes y sobre las motivaciones a la hora de tratar con ellos. El psicólogo no deja de ser sujeto por el hecho de tener una profesión concreta y unos conocimientos sobre teoría psicoanalítica, y su propio inconsciente puede tomar las riendas de la relación terapéutica para un camino incorrecto.

Trabajar la contratransferencia expone al analista, lo ubica en otro lugar y hasta es posible que se sienta vulnerable por expresar lo que le sucede. Se activan aspectos de conflictos personales por identificaciones con el material que trae el paciente. Está implicado en la situación analítica, donde se ponen en juego deseos, sentimientos y

angustias, es importante poder aceptar y trabajar las identificaciones con aspectos del paciente.

¿La contratransferencia es algo que se debe silenciar, o quizás analizar para “escuchar” y comprender lo que sucede en el paciente?, si el clínico tiene que permanecer en una atención flotante para conectarse con el inconsciente del paciente a través del suyo. ¿Cómo puede dejar de lado sus pensamientos? Responder a estas interrogantes puede llegar a resultar complejo, sin embargo, la experiencia clínica proporciona herramientas necesarias para que esto suceda.

Los momentos en los que surgen respuestas contratransferenciales, son claves para comprender el inconsciente del paciente. Éstos deben quedar disponibles para el autoanálisis, el análisis personal y el espacio de supervisión. En el contexto de este encuentro (CPU), es en el espacio de supervisión donde se detectan estas instancias de respuestas contratransferenciales. Con el material que surge se pueden elaborar hipótesis, corroborar o descartar caminos para la comprensión e interpretación.

El analista pasa a ocupar un lugar como objeto del mundo interno del analizado – sintiéndose así tratado – y el analizado representa objetos internos del analista. La captación de estos mecanismos a través del análisis de la contratransferencia latente del analista resulta esencial para el develamiento del conflicto del paciente (De León, 1999, p. 7). En el análisis de la contratransferencia puede estar la clave para comprender al analizado, es un “instrumento iluminador” ya que en los procesos figurativos entre analista y analizado se develan procesos resistenciales de cada una de las partes. Es sumamente importante tomar conciencia de los procesos que surgen durante el análisis: “El aceptar estas reacciones no implica prescindir del ideal de neutralidad, sino que por el contrario significa considerarlo en forma más realista” (De León, 1999, p. 15). A diferencia de las posturas de los psicoanalistas clásicos, lo que propone De León es pensar la situación analítica con más realismo, asumiendo una vez más que el analista está implicado y lo que le sucede ante el paciente no es algo a ocultar, si no a ser pensado.

Entonces, para no obstaculizar el trabajo analítico es necesario no perder de vista las manifestaciones contratransferenciales, puesto que ignorarlas puede ocasionar puntos ciegos en la escucha. Es fundamental para esta labor contar con análisis personal, es en ese espacio propio donde se deben trabajar esos puntos ciegos que pueden existir. Aun siendo controladas, dichas manifestaciones contratransferenciales podrán ser interpretadas ya que el propio inconsciente del clínico puede ser un instrumento para interpretar el inconsciente del paciente; es así que se configura una comunicación de inconsciente a

inconsciente (Freud, 1992d). Escuchar al paciente implica también escuchar la contratransferencia ya que la pareja analítica configura un campo dinámico de encuentro.

Freud (1992d) asevera que el autoanálisis es fundamental para aquellos quienes pretenden dedicarse a la clínica psicoanalítica. A partir de este autoanálisis es que el analista podrá clarificar algunos “puntos ciegos”, con el fin de dominarlos y que no lleguen a afectar el análisis del paciente. Más allá de que cada estudiante tenga que observar y observarse en la tarea analítica, y pueda identificar momentos donde se hace difícil la escucha, la interpretación o mantener la atención flotante, es importante que tenga su propio espacio de análisis con otro analista. (p. 115)

Es requisito excluyente de esta práctica presentar una constancia de estar realizando un proceso psicoterapéutico de orientación psicoanalítica, con al menos un año de duración y no haber sido paciente del servicio que se brinda en la CPU, de esta forma se resalta la importancia de tener un espacio de análisis personal propicio para el abordaje de lo que surja en el trabajo con el paciente. Además de poder buscar una solución a sus complejos y resistencias personales, lo ubica en un lugar diferente al que ocupa en el análisis, permitiéndole aprender y observar aspectos propios de la tarea desde otro ángulo. Se hace hincapié en la relevancia de los aspectos psicológicos del analista en el trabajo clínico, dado que sus actitudes y valores influyen constantemente sobre el paciente y el material que trae.

Los sentimientos pueden ser herramientas para comprender al paciente, considerar la contratransferencia trasciende el hecho de que el analista perciba lo que el paciente provoca en él. Lo que surge en el analista está condicionado por diversas variables: cómo ha sido su día, problemas personales, su marco teórico de referencia, su experiencia, su propio espacio de análisis, etc. Se debe proceder con cautela respecto al uso que se le da a los elementos contratransferenciales, prestarles atención no quiere decir que se deban comunicar al paciente. Quedan para el trabajo personal del analista, que luego encontrará la forma más adecuada de transmitirlos (o no).

Es esencial para el analista tener muy presente que no se trata de su persona ni de su deseo, sino de un dispositivo que no lo incluye como sujeto, sino como objeto. Como dice Bion (1992) “el analista ha de escuchar sin memoria ni deseo”, renunciando a lo que sabe porque le conducirá ciegamente a encontrar nuevas confirmaciones a sus hipótesis teóricas favoritas y a lo que su filtro emocional y contratransferencial desea hallar en el paciente para sentirse más confortable y aliviado de la ansiedad que causa el caos, la ambigüedad, lo ignoto del otro.

El hecho de desconocer estas “reglas de abstinencia” no deja de tener consecuencias en la práctica del análisis.

Presentación del caso.

El primer encuentro es en esencia lo que puede determinar la existencia o no del proceso. El estudiante comienza la entrevista de la siguiente forma: “Bueno ¿en qué podemos ayudarlo?” Se podría pensar que en esta manera de abrir el encuentro el estudiante se coloca en el lugar del saber, en el lugar de “tener el poder” de ayudar a calmar el sufrimiento de la consultante o de ofrecer una solución sin implicar al consultante en esa tarea. En psicoanálisis se habla de “ayuda” en el entendido de aportar a que el paciente incorpore un método de conocimiento, entrar en neurosis de transferencia. Es en 1914, en el texto "Recordar, repetir, reelaborar", que Freud introduce la noción de neurosis de transferencia en relación con sus observaciones: el paciente repite en la transferencia sus conflictos infantiles. Se trata, por lo tanto, de crear una “neurosis artificial” que sustituirá la neurosis anterior, "sustituir su neurosis por una neurosis de transferencia" (Freud, 1992e, p.156).

Según Fiorini (1977) “con frecuencia, en la práctica asistencial, esta entrevista aparece confundida con el esquema tradicional de historia clínica” (p.63) refiriéndose al primer encuentro. Continuando con esta idea, es posible que el rol que el estudiante quiere representar nos recuerde al proceder hegemónico de la medicina, brindando poco espacio para habilitar la escucha, la oportunidad de pensarse y confeccionar entre ambos una demanda.

El caso clínico surge del encuentro de un sujeto que padece y “un analista que en ese encuentro ve desafiado su saber” (Carrasco, 2017, p.97). Pero, ¿cuál es el saber que adquiere verdadera relevancia en el espacio de la sesión analítica?

En caso de posicionarse como sujeto poseedor del saber, el analista correría el riesgo de propiciar lo que Lacan llama un encuentro con Un-padre. Este es un encuentro que puede denominarse como psicotizante. Este saber con el que alguien se encontraría, sería no supuesto sino afirmado, sin castración. Lacan (2009c) propone que el analista “(...) haría mejor en situarse por su carencia de ser que por su ser.” (p. 563) se puede entender como una propuesta al analista de que transmita su imperfección, su no dominio; teniendo así un efecto analítico que se establecería por hacer de forma calculada lo que no se espera

del analista. Por tanto, para ser analista se supone no serlo, en tanto las reglas y lo que se espera de él. Como se plantea, del analista lo único que debe esperarse es la cura analítica.

Por otra parte Winnicott (1993) afirma que “el terapeuta que sabe demasiado puede arrebatarse la creatividad del paciente. Lo que importa no es tanto el saber del terapeuta como el hecho de que pueda ocultar su saber y abstenerse de proclamar lo que sabe” (p.83), puesto que el saber se encuentra en el discurso del paciente.

Las fantasías de omnipotencia son un obstáculo en el análisis. Muchas veces estas fantasías hacen que no sea capaz de percatarse de algunos procesos, por lo tanto podemos afirmar que la omnipotencia no es una aliada del analista.

Para Fiorini (1977) “el manejo que haga el terapeuta de ese primer encuentro puede tener una influencia decisiva en la , continuidad o abandono del tratamiento y, de ser mantenido, en la eficacia que alcance el proceso terapéutico” (p.63) Por lo tanto es muy importante empatizar, fundar una alianza y lograr transmitir al paciente la confianza necesaria desde el inicio, aunque no está lo suficientemente explicitado como debe ser un primer encuentro.

El ubicarse en el sujeto poseedor del saber significa un riesgo, ya que uno de los posibles resultados que se puede obtener es la interrupción de los encuentros. La posición del saber en el analista ubica al consultante en la espera de respuestas a su yo consciente que resuelvan el devenir cotidiano sin hurgar en los aspectos reprimidos o escindidos que mantienen síntomas.

La oferta tan vasta que parece ofrecer en el primer encuentro podría haber sido el motor a que la consultante desplegará puntos problemáticos de un existir angustioso y sin etiología aparente que lo precipite.

C: Hace como un mes caí en una depresión, sin nada, o sea no me pasó nada, no tengo ningún problema, caí en una depresión que lloraba todos los días. Llegado un momento me quise quitar la vida también, y me encuentro perdida en el mundo, como que no sé salirle a la vida, me pierdo.

El contenido y la forma en que es expresado hace pensar, a priori, que el caso puede resultar muy complejo para el abordaje en manos de un principiante, cabe recordar que se encuentra en un contexto de aprendizaje dentro de una institución. Es muy posible que respondiendo a esa oferta, la consultante se presente como un caso “imposible de tratar”. La paciente da lugar a la muerte en el discurso como posible salida a una vida de

insatisfacciones, provocando la impotencia y desconcierto que deriva la entrevista por otros caminos.

Cuando la mentira no debe ser protagonista.

Por lo expresado en el espacio de supervisión uno de los aspectos que motiva la reflexión es que, aparentemente, se desvía la atención a que el practicante cuestiona la credibilidad del relato de la consultante. Respecto a este tema, Rubinsztein (2010) nos dice que “la práctica del análisis no necesita dividir su acción en dos: verdad o falsedad, datos ciertos o engañosos; cuestiona así el uso llano de la noción de verificación, tanto como el de validación” por lo tanto se puede tomar como una falla el tratar de determinar si el discurso del paciente es verdadero. El contenido que se despliega en el espacio clínico es esencial para el trabajo con la consultante. Todo lo que allí sucede tiene que ver con el acontecer de la problemática que se presenta, dejando de lado la veracidad del contenido. Citando las palabras de Mannoni (1998):

El psicoanálisis tiene que ver con la verdad, es decir con una dimensión, la de la palabra, que trasciende el campo de la realidad y la exactitud. Verdad que tiene estructura de ficción, que se afirma incluso contra la veracidad de los hechos, que se diferencia del saber y no lo abarca (p.128).

A continuación se citan fragmentos de viñetas donde el estudiante ocupa su atención a tratar de determinar si lo que relata la consultante es verdad o mentira.

E: Relata que tiene un sobrino de 6 años (hijo de su hermana) al que lo están tratando porque es agresivo. Le arrojó una piedra a la cara y muestra el impacto en la nariz.

Respecto a este fragmento es que más adelante en la viñeta aparece el comentario “...no se veía la marca de un golpe de piedra”. Por lo tanto se observa que la consultante no presenta marcas donde dice tenerlas. Otro fragmento donde se cuestiona la veracidad del relato:

E: Conoció a este muchacho por una amiga, pero le da un nombre y datos falsos. Un día la lleva a un hotel donde la tiene de rehén 14 horas con un arma. Cuando salen del hotel él la apuntaba con el arma por la espalda, advirtiéndole que no mirara para atrás y que se fuera. Ella logra escapar en un taxi que justo pasaba, que dice que le salvó la vida. Posteriormente hace la denuncia, pero al no saber su verdadero nombre, ni dónde trabajaba, la policía no lo pudo encontrar.

En el espacio de supervisión surge que podía haber una *“cuota de fabulación en su relato”* y que *“la consultante no parece tener angustia”*, como se puede observar el relato es sobre un rapto y un abuso sexual.

Es observable que la consultante toma medicación desde hace 7 años, lo que puede contribuir al relato desafectivizado de lo acontecido, también el deambular por la consulta psiquiátrica la haya llevado a contar en más de una ocasión lo que sucedió. Por su parte, Viñar (2002) nos remite a la importancia del reconocimiento de las situaciones traumáticas, en tanto la narrativización de las mismas facilita su elaboración, pero no quiere decir esto que siempre que realiza la narración de la experiencia tenga que hacerlo con angustia, sin embargo la ausencia de esta hace que el estudiante dude de su veracidad.

Al estar en el lugar de la escucha se debe poner atención al relato del sufrimiento del consultante que viene a compartir sus vivencias, entonces tratar de determinar si lo que dice es verdadero o no, parece un camino posible para otras disciplinas como el derecho, pero no para el analista. Es importante tener presente que también la mentira puede ser un síntoma más, y se debe trabajar con ella como con cualquier otro síntoma.

El síntoma posee dos caras; una, que permanece oculta para nosotros, produce en el ello aquella modificación por medio de la cual el yo se sustrae del peligro; la otra cara, vuelta hacia nosotros, nos muestra lo que ella ha creado en reemplazo del proceso pulsional modificado: la formación sustitutiva. (Freud, 1992h, p.137)

El síntoma para Freud, (1992h) es un sustituto desfigurado de otra cosa que no es accesible por la conciencia del sujeto. Quien conoce que ha sido sustituido es el sujeto, pero esta información le resulta inaccesible a su conciencia puesto que ha sido disfrazado por los procesos de condensación y desplazamiento.

En síntesis, tratar de develar esa posible mentira no debe ser el foco de atención ya que en caso de darse como tal, esta debe ser tratada como un síntoma más. La principal actividad debería ser indagar en el motivo latente de consulta y construir la demanda.

En estos primeros encuentros la dificultad de atender parejamente flotante al discurso del consultante se complejiza en la medida que el principiante también está iniciándose en el lugar de la escucha, que provoca revisar su postura, las intervenciones o señalamientos, atender al registro escrito e intentar ser lo más neutro posible.

También se pueden evidenciar posibles **puntos ciegos del principiante**, es claro que no se está hablando de un analista, sino de un estudiante en su formación, pero es posible que elementos no tratados en el análisis personal hayan sesgado la escucha impidiendo que el estudiante pueda continuar con la problemática que plantea la consultante, lo que ocasiona que el estudiante presente escasa disponibilidad a la escucha. Dado el contexto, y tratándose de la primer entrevista del estudiante se puede considerar que en este caso la angustia de los primeros encuentros no fue excesiva, pero si ansiedad persecutoria dado que el estudiante plantea en todo momento (en el espacio de supervisión) que la consultante le mentía.

Segunda parte.

Los desencuentros se dieron a lo largo de toda la historia del psicoanálisis, pero pocos son los que se aventuran evidenciar el material. Para esto Lacan utiliza el significante “tropezó”, y algunos sinónimos que se pueden encontrar son: falta, equivocación, desacierto e incluso, indiscreción que alguien comete.

En “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” Lacan (2010) refiere:

Les he deletreado punto por punto el funcionamiento de lo que Freud produjo en primer lugar como fenómeno del inconsciente. ¿Qué es lo que impresiona de entrada, en el sueño, en el acto fallido, en la agudeza? El aspecto de tropiezo bajo el cual se presentan. Tropiezo, falla, fisura. En una frase pronunciada, escrita, algo viene a tropezar. Estos fenómenos operan como un imán sobre Freud, y allí va a buscar el inconsciente. (p. 32)

Hubo, hay y habrá tropiezos. Por lo tanto, existe una lógica temporal que incluye el tropiezo en el dispositivo analítico. Se parte de él, se trabaja con él y como una piedra que se introduce en un zapato, molesta. Uno no puede seguir caminando hasta que se quita el zapato y se deshace de eso que tanto molesta. Por eso el tropiezo puede transformarse en un verdadero obstáculo.

También por lo mismo, si hubo, hay y habrá tropiezos, ¿los tropiezos son inevitables? ¿El saber nos libra de ellos? A continuación se presentan ejemplos de tropiezos, de desencuentros que se dieron en la historia del psicoanálisis y de los cuales existe material que da cuenta del mismo.

Desencuentros famosos del Psicoanálisis.

Caso Dora.

El caso Dora, de los más famosos e interesantes, es uno de los procesos fundadores de esta disciplina. Freud confirmó con este caso algunos planteamientos para la conceptualización de la histeria, una de las estructuras psíquicas que contempla el análisis freudiano.

El entorno de Dora estaba compuesto por su padre, un próspero industrial que había sido tratado por Freud por sus dolencias sifilíticas; su madre, a quien Freud diagnóstico la "*psicosis del ama de casa*" que consiste en la obsesión neurótica por la limpieza; y un hermano un año y medio mayor, del cual Dora siempre tuvo muy buena opinión.

El padre de Dora sufrió de tuberculosis cuando ella tenía 6 años. En ese entonces la familia se trasladó a otra ciudad donde conocieron a "Los K". La señora K. había cuidado de padre de Dora durante su enfermedad y Dora cuidaba de los dos hijos del matrimonio K, entre ambas familia circulaba un gran afecto.

A los 18 años de Dora se trasladaron a Viena, el padre pidió a Freud que tratara a su hija pues presentaba los síntomas de una pequeña histeria: dificultades para respirar o disnea, tos nerviosa, afonía, jaquecas, desazón, insociabilidad, tedio vital, alteración del carácter y amago histriónico de suicidio evidenciado en una carta que encontraron sus padres. En ese momento volvió a ver a Freud para iniciar un tratamiento. Por entonces trataba secamente a su padre, no se entendía con su madre y evitaba el trato social alegando fatiga. Durante el tratamiento Dora relató dos episodios de abuso cometidos por el señor K, a los 14 el beso en local del señor K y a los 16 años donde el señor K había osado hacerle una propuesta amorosa. El padre de Dora tenía una relación amorosa paralela con la señora K.

Dora estuvo en psicoanálisis durante tres meses con Freud e interrumpió el proceso por voluntad propia, y según Freud se debió a "un error técnico", por lo tanto se puede afirmar que se trató de un desencuentro. Freud entendió tiempo después de finalizado el tratamiento de Dora que la interrupción se debió a su error técnico, este consiste en una omisión y un punto ciego. Por un lado omite interpretar la transferencia del señor K sobre Freud, esperaba realizarla más adelante en el tratamiento, pero Dora lo interrumpió inesperadamente antes de poder desplegar este contenido. Primeramente, Freud (1992b) teorizó sobre la transferencia del padre de Dora sobre su persona: "*Desde el comienzo fue claro que en su fantasía yo hacía de sustituto del padre, lo cual era facilitado por la diferencia de edad entre Dora y yo*" (p.103). Luego advirtió que la transferencia sobre su persona era del señor K, pero como no se había agotado aún el material no quiso apresurar revelar dicha información a Dora, pero ésta lo sorprendió interrumpiendo el proceso:

Así fui sorprendido por la transferencia y, a causa de esa x por la cual yo le recordaba al señor K., ella se vengó de mí como se vengara de él, y me abandonó, tal como se había creído engañada y abandonada por él.
(Freud, 1992b, p.104)

Por otro lado, luego de pasado un tiempo de la interrupción de Dora, Freud (1992b) reconoció otro error técnico: *“No atiné a colegir en el momento oportuno, y comunicárselo a la enferma, que la moción de amor homosexual (ginecófila) hacia la señora K era la más fuerte de las corrientes inconcientes de su vida anímica.”* (p.104) es muy probable que, si Freud hubiera podido identificar a tiempo este nexo y ponerlo en juego en el proceso analítico, éste no hubiera fracasado. En la misma nota nos da una pista de la causa que pudo originar este error: *“Antes de llegar a individualizar la importancia de la corriente homosexual en los psiconeuróticos me quedé muchas veces atascado, o caí en total confusión, en el tratamiento de ciertos casos.”* (Freud, 1992b, p.105) Es decir que estos temas lo volvían ineficaz.

Lacan (2009a) concuerda con Freud en cuanto a la razón probable de la interrupción del análisis de Dora, en cuanto al error técnico que refiere Freud: *“Se asombra uno aquí de que Freud no vea que la determinación de la afonía durante las ausencias del señor K expresa el violento llamado de la pulsión erótica oral en el encuentro a solas con la señora K”* (p.215). Afirma que en el proceso se produce una transferencia negativa:

Cuando los prejuicios del analista (es decir su contratransferencia, término cuyo empleo correcto en nuestra opinión no podría extenderse más allá de las relaciones dialécticas del error) lo han extraviado en su intervención, paga inmediatamente su precio mediante una transferencia negativa” (Lacan, 2009a, p. 293-94).

También sostiene que esto que Freud llama error técnico, es con todas las letras prejuicio sobre el tema de la homosexualidad *“Freud confiesa que durante mucho tiempo no pudo encontrarse con esa tendencia homosexual sin caer en un desconcierto que lo hacía incapaz de actuar sobre este punto de manera satisfactoria. Esto proviene, diremos nosotros, de un prejuicio”* (Lacan, 2009a, p.217). Es decir que el desencuentro en este famoso caso fue por la conjunción de prejuicios y errores.

Según Lacan (2009a), Freud siempre interpreta el deseo homosexual como defensa frente al deseo *“genuino”* que, según Freud, sería el deseo heterosexual, por eso la imposibilidad de detectar y aceptar que el deseo de Dora hacia la señora K era genuino. También critica la insistencia de Freud de ponerse en el lugar del señor K, aludiendo a que se trata de un sentimiento de contratransferencia: *“Freud en razón de su contratransferencia vuelve demasiado constantemente sobre el amor que el señor K... inspiraría a Dora”* (p.217)

La motivación de presentar este caso es la de develar que en casos famosos como este también se producen desencuentros, en la omisión que se produce en el análisis, y el **punto ciego del analista**, eso que el mismo Freud no puede ser capaz de ver hasta tiempo después de la interrupción del análisis.

Caso Elisabeth Von R.

Elisabeth Von R., una joven de 24 años de edad y quien llevaba dos años de padecer dolores en las piernas, fatiga dolorosa y caminaba mal (hiperalgesia de la piel y de los músculos en las piernas). A lo largo de su vida había sufrido algunas desdichas familiares importantes: la muerte de su padre tras una dolencia cardíaca, una enfermedad en los ojos de la madre y la muerte de una hermana después de parir (por la cual sentía envidia). Elisabeth tenía una excelente relación con su padre, el cual la consideraba como un hijo por las cosas que compartían. La única relación conocida fue con un chico de una familia amiga de la suya, al cual abandonó cuando su padre enfermó gravemente y no volvió a retomar el vínculo. Fue cuidadora devota de los integrantes de la familia que enfermaron, y esta era su principal actividad.

Esa era, pues, la historia de padecimiento de esta muchacha ambiciosa y necesitada de amor. Enconada con su destino, amargada por el fracaso de todos sus planes de restaurar el brillo de su casa; sus amores, muertos los unos, distantes o enajenados los otros; sin inclinación por refugiarse en el amor de un hombre extraño, vivía desde hacía un año y medio —casi segregada de todo trato social— del cuidado de su madre y de sus dolores. (Freud, 1992a, p.159)

Este caso fue examinado por Freud en 1892 y desde el inicio, Freud consideró que los dolores que presentaba Elisabeth eran síntomas. Con el paso del tratamiento, se descubrió que la enferma llegó a pensar, frente al lecho de muerte de su hermana, que su cuñado ahora estaba libre y que ella podía convertirse en su esposa. Es así como Freud (1992a) encuentra la idea de defensa frente a una representación inconciliable, la génesis de síntomas histéricos por conversión y la excitación psíquica a lo corporal. Elisabeth *“había conseguido dejar de lado la dolorosa idea de que amaba al marido de su hermana (representación inconciliable) creándose unos dolores corporales; y en los momentos en que esa certidumbre pretendía imponérsele”* (p.171) (como en el paseo con él a la colina) habían sido generados aquellos dolores por una conversión somática.

La motivación de presentar este caso radica en lo que sucede al final del mismo, Freud tiene un encuentro con la madre de Elisabeth para investigar sobre los acontecimientos del entorno de su paciente. En este encuentro Freud (1992a) no puede evitar preguntar a la madre por la relación de Elisabeth con su cuñado:

Desde luego, me interesó saber también qué perspectivas tenía el deseo de la muchacha, devenido ahora consciente, de hacerse realidad. ¡Ah! Aquí las cosas tenían un aspecto menos favorable. La madre dijo que hacía tiempo había vislumbrado la inclinación de Elisabeth hacia su cuñado. (p.173)

En este encuentro se puede pensar que la paciente puede sentirse traicionada por develar información obtenida en el proceso analítico, y se puede inferir que este sería el inicio del fin del tratamiento. Luego de tal encuentro Freud (1992a) comunica a Elisabeth lo que habló con su madre para realizar algunas aclaraciones, las mismas que le había solicitado a la madre que hiciera.

Comuniqué a la muchacha todo cuanto había averiguado de la madre, y tuve el contento de hacerle un bien esclareciéndole aquel asunto de dinero; por otra parte, la exhorté a soportar en calma la incertidumbre sobre el futuro, que no se podía disipar. (p.173)

Al poco tiempo acordaron finalizar el tratamiento, pues Freud consideraba que el objetivo de la cura analítica había sido cumplido al comunicar a la “enferma” el sentido oculto de sus síntomas. Al tiempo la madre de Elisabeth intentó hablar del deseo por el marido de su hermana, pero esta explotó en ira hacia Freud por haber violado su confianza. La madre acudió a Freud por ayuda narrando lo sucedido:

Estaba disgustada conmigo por haberle traicionado su secreto, se mostraba enteramente inaccesible, la cura se había arruinado de manera total. ¿Qué hacer ahora? Ella no quería saber nada conmigo. (Freud, 1992a, p.174)

Dos meses después del episodio, Freud (1992a) se encontró con un colega quien le trajo noticias “Elisabeth se encontraba completamente bien, se comportaba como sana, aunque, cierto es, de vez en cuando aún tenía dolores”. (p.174) Pero pareció no conformarse con las novedades, en cuanto se le presentó una oportunidad para “espíar” a Elisabeth y ver con sus propios ojos su estado, la aprovechó:

En la primavera de 1894 me enteré de que concurriría a un baile, para el cual pude procurarme acceso, y no dejé escapar la oportunidad de ver a mi antigua enferma en el alígero vuelo de una rápida danza. Más tarde, por su libre inclinación, se casó con un extraño. (Freud, 1992a, p.174)

De acuerdo a la teoría que se viene desarrollando en este trabajo, se puede considerar esto un **acting del analista**, a pesar de que ya no se encontraba en el proceso analítico con Elisabeth quiso conocer su estado. Se puede pensar que Freud sintió la necesidad de verificar si el tratamiento realmente había sido un fracaso como lo afirmó en su momento.

Si bien el acting descrito hasta el momento fue luego de dado por finalizado el proceso psicoterapéutico, se puede mencionar otro acting, esta vez en pleno proceso.

Para Freud no era de fácil comprensión en la resistencia, era que él actuaba como un querer-en-contra de la histérica, y lo incitaba una y otra vez a que ocupara un lugar al cual Freud no le costaba mucho acceder. **El del padre que sanciona y juzga el mal proceder de la hija**. Sin embargo, el acontecimiento de las tres presiones en la frente no sólo convocaba la irritación del padre bajo un reproche. (Carrasco, 2017, p.44)

El reproche al que refiere Carrasco fue: “ajá, ¿y por qué no lo dijo” (Freud, 1893-95, p.168), se debió a que Elisabeth no comunicaba a Freud cierta información por creerla insignificante, a pesar de ejercer presión en su cabeza y solicitarla. En este caso Freud se encuentra representando (actuando) el rol del padre de Elisabeth, padre que, como ya se precisó, tenía un concepto muy particular sobre su hija: “la sentenciaba como un ser impertinente, de actitud respondona, de juicios tajantes, predispuesta a decir la verdad a los demás sin consideración alguna y solía pensar que le resultaría difícil encontrar marido” (Carrasco, 2017, p.42).

Este caso fue, en palabras de su propio autor uno de los casos más complejos: “Por largo tiempo no atine a descubrir el nexa entre la historia de padecimientos y la dolencia misma, que empero debía haber sido curada y determinada por aquella serie de vivencias” (Freud, 1893-95, p.154)

Reflexión.

El psicoanálisis, nos interesa particularmente porque permite al fulano que en él se adentra, no atrapar la luna de su "curación" o de su verdad histórica, sino hacer ese recorrido "astronómico" que de un pobre nicho singular actual lo llevará, por un trayecto a-crónico, hasta ese punto que yo llamaré "su siglo XVII individual del neurótico" y que bien es preciso alcanzar para iluminar su linterna con las candelas, por fin despabiladas, del siglo de las luces.

(Dumézil, 1989, p.151)

La CPU es un dispositivo de atención que además de formar a estudiantes, cumple un importante rol social abarcando a toda una comunidad, como es la población del barrio. Pretendo con esta elaboración reflejar la experiencia vivida en el año 2018 y difundir el trabajo que allí se realiza, un espacio de formación donde se ejercita la escucha analítica. Al inicio de este trabajo se da cuenta de los cambios que operan en la teoría y la técnica de las intervenciones psicoterapéuticas a partir de su inscripción en las redes comunitarias.

Ignoro si la mayoría de Uds.- espero que al menos una parte si- ha tomado conciencia de lo siguiente. Cuando hoy en día, observamos cómo los distintos practicantes del análisis piensan, expresan, conciben su técnica y nos decimos que las cosas han llegado a un punto que no es exagerado denominar la confusión más radical. Les informo que, actualmente, entre quienes son analistas y piensan (lo que ya restringe el círculo) no hay quizás uno que, en el fondo, esté de acuerdo, con sus contemporáneos o vecinos respecto de lo que hacen, a lo que apuntan, a lo que obtienen, y a lo que está en juego en el análisis. Hasta el punto es así que podríamos divertirnos jugando a comparar las concepciones más extremas: veríamos cómo culminan en formulaciones estrictamente contradictorias. (Lacan, 2009b)

Dar cuenta de las fallas permite conocer que es parte del análisis la revisión reiterada y actualizada de procesos inconscientes del analista, que no existe una única manera de proceder, y que se trata de un constante aprendizaje. La propuesta trata de resaltar la importancia de aprender de los desencuentros que se pueden producir en el espacio terapéutico, esto favorece a mejorar la técnica evidenciando las dificultades con las

que nos podemos encontrar. Los desencuentros pueden ser el lugar de la producción de otro saber, de los fallidos inconscientes. En este sentido considero esencial destacar la relevancia del espacio de supervisión, uno de los tres pilares de la formación en psicoanálisis, donde generalmente se develan estos desencuentros, donde podemos analizar y cuestionar cómo se procede en el espacio clínico.

La selección del tema no fue sencilla, pero debido al intento de que éste no fuera una simple obligación académica, fue posible escuchar y formular las interrogantes que me acompañaron durante toda la carrera. Además de la práctica CPU, tuve la oportunidad de realizar otra práctica, esta vez del ciclo integral llamada “Entrevista Clínica con Adolescentes”, este fue un hecho que también marcó el camino a realizar esta producción. En esa ocasión el docente a cargo transmitía y analizaba lo que ocurría en su interior referente a los actos fallidos, posibles puntos ciegos y demás. Este proceso tenía lugar luego de cada entrevista, donde los estudiantes participantes tuvimos la oportunidad de percibir que los analistas también son sujetos atravesados por distintas problemáticas y sentimientos, y que es muy importante saber qué hacer con ese sentir.

No es común encontrar material de analistas que expongan sus fallas, errores técnicos, desencuentros, etc., pues lo habitual es divulgar los aciertos y éxitos que se pueden dar en el espacio de consulta. Por este motivo, el fin de este trabajo es esencialmente didáctico y pretende ser de utilidad a futuros estudiantes, para poder dilucidar lo que puede suceder en el interior de un psicólogo en el encuentro con un otro, y donde se produce el diálogo consciente e inconsciente entre ambos actores. Se intenta advertir que el terapeuta no es un mero espejo, en la interacción con el paciente se manifiesta una amplia gama de emociones, que en definitiva, son necesarias y pueden ser medios útiles para la comprensión del paciente.

En los casos presentados se evidencia la importancia de la escucha, la escucha analítica en la práctica clínica, pero no se trata solo de escuchar, ser psicólogo clínico no amerita solamente una organización conceptual respecto a los aconteceres de la clínica, sino también, una modificación de actitudes y el desarrollo de aptitudes, mediante la construcción de un modelo interno de interpretación y acción en los ámbitos de la clínica.

Es la riqueza de los casos presentados lo que motivó articular el material teórico con la situación clínica y su construcción. Tanto en el primer caso, que se trata de un estudiante de psicología en el último año de formación, como los demás casos donde podemos pensar que también estamos frente a un analista en formación, no solo en proceso de aprendizaje

sino de descubrimiento, pues, el material que allí se produce es totalmente nuevo y sin precedentes, son casos en la génesis del Psicoanálisis.

La ausencia de una^o clara definición estratégica, así como una incoherencia en el manejo de intervenciones y hasta las mismas actitudes del terapeuta pueden producir efectos confusionales, fallas, tropiezos, desencuentros inductores de fracasos y deserciones que en modo alguno podrían atribuirse a dificultades resistenciales del paciente.

Freud (1992c) afirma que la cura tiene que ser realizada en completa abstinencia, nos exhorta al reconocimiento y vencimiento de la contratransferencia, entendida como aquello que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, impidiendo llevar a cabo la cura (p. 136). De esta concepción surge la idea de Lacan (2001), las únicas resistencias son las del analista, para redefinir la contratransferencia como: error; función del ego del analista o suma de prejuicios; de las pasiones; de las perplejidades; e incluso de la insuficiente información del analista (p.43).

Respecto al primer caso presentado, podemos precisar que se gesta en la formación del psicólogo contemporáneo. El análisis del mismo deja como aprendizaje que la práctica del psicoanálisis no necesita dividir su acción en dos: verdad o falsedad, datos ciertos o engañosos. La consultante dice lo que cree verdadero y su corroboración no puede más que ser desplazada. Lo probable no es necesariamente cierto, ni tampoco la verdad es siempre probable. En el pensar colectivo existe el hecho de que un estudiante que esté en el último año de formación debería dar cuenta de un profesional a punto de egresar, y que la actuación debería ser acorde con dicha situación. Sin embargo, es preferible que estos casos se den en este ámbito supervisado para poder evidenciar los problemas con los que un psicólogo se puede enfrentar en la práctica profesional. En este sentido toman relevancia las palabras de varios docentes: “Esta profesión es solitaria, y la herramienta esencial de trabajo somos nosotros mismos”.

Es importante recordar que otro de los pilares de la formación en clínica psicoanalítica es el análisis personal. Este otorga un aprendizaje esencial, por lo tanto si no existe o se encuentra en una etapa inicial puede ser causal de desencuentros. Si bien, como se menciona anteriormente, es requisito excluyente de esta práctica presentar una constancia de estar realizando un proceso psicoterapéutico de orientación psicoanalítica, con al menos un año de duración, debemos tener en cuenta que es probable que un año quizás no sea suficiente para fortalecer dicho pilar.

Desde otro punto de vista, ser críticos con el entorno institucional de la CPU puede aportar al análisis de lo sucedido en el encuentro. Es necesario tener en cuenta el “grado de libertad” existente en el itinerario de formación de un estudiante, es posible llegar a esta práctica en el ciclo de graduación sin haber tenido experiencia previa con pacientes.

Por otra parte, en la segunda mitad de este trabajo se analizan dos casos frecuentemente utilizados en la formación de un psicólogo. Si bien se analiza desde una perspectiva diferente, la intención es utilizarlos como ejemplos para producir otro aprendizaje. En la omisión del caso Dora debemos destacar que una intervención, cualquiera fuera esta, de no producirse a tiempo, resultaría en el surgimiento de resistencias.

Entonces, es pertinente preguntarse nuevamente: ¿los desencuentros son inevitables?, si ocurrieron en el espacio de formación de un psicólogo y le sucedieron al mismo Freud, ¿podemos pensar que son difíciles de evitar? ¿Y puede el saber librarnos de ellos?

El saber tan sólo podría advertirnos de ellos, pero no los excluye. El saber-con-otro permite elaborar y verificar cuál es la lógica de ese desencuentro. El saber no nos libera de las fallas, por lo tanto considero de suma importancia contar con la cualidad de reconocer y aceptar los errores que se puede cometer, como vimos no solo ocurren con psicólogos en formación, también le pasa a los que están en plena actividad.

Se hace necesario pensar el contexto en que nos hallamos inmersos para dilucidar qué implica hoy la posición del analista, ante qué nos vemos enfrentados, cómo hacer para mantener una escucha que escape de ciertas lógicas adaptativas y siga propiciando escuchar al sujeto en tanto sujeto de deseo.

Entiendo que la vigencia del psicoanálisis tiene que ver con esa necesaria interrogación por la subjetividad, que nos permite una mejor comprensión del mundo en que vivimos y de nuestro propio espacio vital. La clínica psicoanalítica como un lugar donde se producen las interrogantes, el acontecimiento, la neogénesis donde no todo está dado desde antes y para siempre, donde la intervención del analista no se reduce a encontrar lo que ya estaba, sino a producir elementos nuevos de recomposición y de articulación que den un producto diferente del preexistente (Bleichmar, 2008).

En la CPU, en particular en el taller que participé en el año 2018, en muy pocos casos se completó un proceso. Entendiendo por “completo” que el consultante atravesase por

el ciclo de entrevistas preliminares y luego por el periodo donde se trabajan los aspectos más importantes de la problemática planteada.

En algunos casos pudimos comprobar lo expresado por Bleichmar (2008), el alto determinismo de factores de índole económico y social se refleja en las actitudes quejosas que obturan los procesos asociativos dificultando el acceso al sentido simbólico de hechos y conductas.

Las interrogantes que emergen de esta experiencia se refieren a: ¿cuáles son las condiciones que hacen posible la continuidad de un proceso terapéutico?, ¿se trata solo del deseo del consultante?, ¿en qué medida inciden aspectos inconscientes de los actores que intervienen en este proceso? Las escasas entrevistas dificultan la construcción de la demanda de análisis que permitiera la búsqueda del origen de su malestar. El deseo de analizar también puede ser un obstáculo para quien está iniciando su formación clínica en psicoanálisis.

Queda entonces abierta la pregunta de cómo puede el psicoanálisis, sin perder la especificidad de su práctica ni descuidar la ética que se desprende de la misma, habilitar un espacio de escucha al que el sujeto de los tiempos que corren, pueda y quiera ir.

A modo de síntesis, considero fundamental destacar que en el proceso de acompañar a “otro” a saber sobre sí mismo, se pueden activar nuestros puntos ciegos, nuestras intolerancias, nuestras incertidumbres, nuestro miedo frente a lo impensable... En otras palabras, los aspectos irreductibles de nuestro propio análisis. Asimismo, entiendo imprescindible insistir en que el terapeuta debe quedar disponible, a ser usado, modelado, a actuar como un instrumento de resonancia de las vivencias del paciente. Esa disponibilidad varía, cuantitativa y cualitativamente, según los diversos factores que se trataron en este trabajo, esas fluctuaciones son las que pueden producir desencuentros en el encuentro analítico.

“Una clínica psicoanalítica debe consistir no solo en interrogar al psicoanálisis, sino interrogar a los analistas, de modo que estos hagan saber de su práctica.”

(Singer, 2018, p.19)

Referencias bibliográficas.

Baranger, M. (1992). La mente del analista: de la escucha a la interpretación. Revista de Psicoanálisis, 49(2), 223-237.

Bernardi, R. (2014). La formulación clínica del caso: su valor para la práctica clínica. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 78(2), 157-172.

Bleichmar, S. (2008). Clínica psicoanalítica y neogénesis. Buenos Aires: Amorrortu.

Carrasco, O. (2017). Sintagmas sobre la histeria. Montevideo: Psicolibros-Waslala

De León, B. (1999). Contratransferencia, comunicación analítica y neutralidad. Revista uruguaya de psicoanálisis. (89) Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719998907.pdf>

Dumézil, C. (1989). La marca del caso. Buenos Aires:Nueva visión.

Fiorini, H. J. (1977). Teoría y técnica de psicoterapias. Buenos Aires: Nueva Visión.

Freud, S. (1992a) Señorita Elisabeth von R. En Estudios sobre la histeria. En JL Etcheverry (trad) Obras Completas de Sigmund Freud (volumen II, página 151) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1895)

Freud, S. (1992b) Fragmento de análisis de un caso de histeria. En JL Etcheverry (trad) Obras Completas de Sigmund Freud (volumen VI, página 42) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905)

Freud, S. (1992c)Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En JL Etcheverry (trad) Obras Completas de Sigmund Freud (volumen XI) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1910)

Freud, S. (1992d). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En JL Etcheverry (trad) Obras Completas de Sigmund Freud (volumen XII), Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1912)

Freud, S. (1992e). Recordar, repetir, reelaborar, En JL Etcheverry (trad) Obras Completas de Sigmund Freud (volumen XII), Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914)

Freud, S. (199f). Nuevos Caminos en la Práctica Psicoanalítica. En JL Etcheverry (trad) Obras Completas de Sigmund Freud (volumen XVII), Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1919)

Freud, S. (1992g). Psicoanálisis. Dos artículos de enciclopedia. En JL Etcheverry (trad) Obras Completas de Sigmund Freud (volumen XVIII), Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923)

Freud, S. (1992h). Inhibición, síntoma y angustia. En JL Etcheverry (trad) Obras Completas de Sigmund Freud (volumen XX), Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926)

Green, A. (2001). La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud: aspectos fundamentales de la locura privada. Amorrortu.

Lacan, J. (2001). Introducción a los comentarios sobre los escritos técnicos de Freud. En Jacques-Alain Miller (trad) El Seminario, libro 1. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original 1953-1954)

Lacan, J. (2009a). Intervención sobre la transferencia. En Tomás Segovia (trad) Escritos 1. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1951)

Lacan, J. (2009b). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En Tomás Segovia (trad) Escritos 1. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1953)

Lacan, J. (2009c). La dirección de la cura y los principios de su poder. En Tomás Segovia (trad) Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1958)

Lacan, J. (2010). El inconsciente freudiano y el nuestro. En Jacques-Alain Miller (trad) El Seminario, libro 11. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original 1964)

Laplanche, J., & Pontalis, J. (2004). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós

Muniz, A. (2005). Conceptualizaciones acerca del diagnóstico y la intervención psicológica. En Diagnóstico e intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica Tomo III (pp.17-27) Montevideo:Psicolibros-waslala.

Nasio, J. D. (2000). Los más famosos casos de psicosis. Buenos Aires: Paidós,.

Rubinsztejn, D. (2010) Revista Imago Agenda N° 143 septiembre 2010 Secreto confesión verdad. Recuperado de <http://imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1387>

Singer, F. ; Zapata, M. (comp.) (2018) Psicoanálisis en la Universidad. La experiencia de la Clínica Psicoanalítica de La Unión. Montevideo: Facultad de Psicología UR.

Viñar, M. (2002). Psicoanalizar hoy. Problemas de articulación teórico-clínico. Montevideo: Ediciones Trilce

Winnicott, D. (1993). EL JUEGO: actividad creadora y búsqueda de la persona. En Floreal Mazia (trad) Realidad y juego. Barcelona: Gedisa. (Trabajo original publicado en 1971)