



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Escucha clínica

Técnica fundamental del psicoanálisis.

Recorrido desde Freud hasta Green

Modalidad: Monografía

Autora: María Cecilia Vieira Rodríguez

C.I.: 1849638 – 4

Ciudad: Montevideo

Julio 2022

Tutora: Prof. Adj. Mag. Psic. Virginia Masse

Revisora: Prof. Adj. Mag. Sylvia Montañez Fierro

Agradecimientos:

Mis agradecimientos son para con mi familia por su apoyo incondicional.

A Fabián por su comprensión y paciencia.

A Virginia Masse, mi tutora, por su calidez, disposición y apoyo

Y fundamentalmente a Marta Miraballes Guerrero, por su incansable trabajo en la disciplina, su apoyo, su capacidad de crítica docente que abre la mente, empuja en dirección del constante crecimiento y sin quien este trabajo no hubiera comenzado.

Y a las compañeras integrantes de sus grupos de Escucha Clínica por su generosidad y dedicación.

Índice	página
Agradecimientos	2
Resumen	4
Introducción	4
1) Perspectivas clásicas sobre la escucha y el encuadre psicoanalítico	8
a) Sobre la entrevista como herramienta de abordaje para generar la escucha clínica y creación del encuadre que la contiene.	9
b) Ansiedad	11
c) El modelo clásico. La escucha en el Psicoanálisis	12
d) La escucha clínica a través del vínculo: transferencia – contratransferencia en su concepción clásica	17
e) Reglas de neutralidad y abstinencia	21
2) Perspectivas actuales de la escucha desde Green y otros autores, precursores del concepto de contemporaneidad	23
a) La escucha clínica en la actualidad	25
b) La adaptación del concepto de encuadre como marco de la escucha en la actualidad	26
c) La contemporaneidad de Green como solución al malestar en la cultura actual y la escucha clínica como herramienta fundamental.	30
3) Reflexiones	34
4) Referencias bibliográficas.....	36

Resumen

El presente trabajo explora el concepto de escucha clínica del analista como elemento fundamental de su práctica: la clínica psicoanalítica, desde los inicios de los trabajos freudianos, cuando ella deja de ser un proceso perceptivo para transformarse en herramienta básica de la técnica del incipiente psicoanálisis, hasta su aplicación, en las teorizaciones de Green a través de las clases brindadas por Urribarri, en la Asociación Psicoanalítica Argentina.

Se trabajará con los aportes de Bleger en relación a los conceptos de entrevista y de encuadre, considerados revolucionarios por los pensadores que generan el concepto en la contemporaneidad, adecuados para dar cuenta de la diversidad de elementos que enmarcan la escucha clínica. Comprendiendo porqué son tomados como precursores y una vez repensados, integrados al método teórico clínico generado por Green y otros autores para dar respuesta a las formas de psicología predominantes en la actualidad.

De los tres períodos establecidos por este autor: Freudiano, post – Freudiano y Contemporaneidad, se desarrollarán el primero y el último, con la finalidad de rescatar la posición conceptual y ética desde donde establece Freud la escucha clínica, las normas que emergieron de su práctica, para proteger esta escucha, hacerla posible y factible de aprender como método y tomó forma como disciplina. Y en la última etapa, para entender la concepción que plantea Green, para adaptar ese espíritu dándole continuidad, atravesando los cambios socio históricos, recogiendo aportes conceptuales de otros autores, tan aceptados, que se integraron y perduraron en el psicoanálisis, ampliando los límites de la escucha analítica.

Introducción

La escucha clínica es la herramienta básica del analista que se construye en un proceso formativo, apuntalado en la institución psicoanálisis. Establecer el lugar subjetivo desde donde se escucha y establecer el horizonte al cual dirigirse para mejorar paso a paso la escucha como terapeuta, tanto en la escucha del analizado como escuchándose a sí mismo, es tomar conciencia del quehacer en la disciplina y de que se está siempre en formación.

Para esto se iniciará estableciendo las cuestiones que deben considerarse como estructurantes de dicha subjetividad en la escucha, las cuales son producto del entrecruzamiento, por un lado, de las concepciones socio – históricas y culturales de cada época, los desarrollos teóricos y académicos, y desde el otro, de las particularidades y elecciones del analista como ser humano.

Elecciones de estrategias y de roles para llevar adelante la situación clínica que por momentos puede estancarse, pero dando la clave para resolverla; y otras parece fluir, pero podría estar en ese estado indefinidamente sin llegar a lo reprimido o al trauma fundamental, si el analista no logra leer correctamente la contratransferencia (Baranger, Baranger, Mom, 2002). Por eso se deben conocer que cuestiones han sido conceptualizadas en base a las experiencias clínicas que pueden estancar o facilitar, la apertura del analizado durante las mismas y la situación de escucha del analista.

La búsqueda de este conocimiento y conceptos se remonta a un origen en que la escucha se transformó en herramienta terapéutica capaz de penetrar las capas psíquicas hasta el inconsciente (Breuer y Freud, 1893), y el comienzo del recorrido, a quien fue capaz de comprenderlo: Sigmund Freud, quien hace más de un siglo inicia sus investigaciones, que lo llevaron a la creación de una disciplina¹ teórica, que explica la gestación, el desarrollo psíquico, el funcionamiento psíquico y psicopatológico, además de un método terapéutico para poder tratar los síntomas neuróticos:

Psicoanálisis es el nombre:

1.º de un método para la investigación de procesos mentales prácticamente inaccesibles de otro modo; 2º de un método, basado en esta investigación, para el tratamiento de los trastornos neuróticos; 3º de una serie de concepciones psicológicas adquiridas por este medio y que en conjunto van en aumento para formar progresivamente una nueva disciplina científica. (Freud, 1922, en Laplanche – Pontalis, 2004, p. 317)

Durante más de treinta años desarrolla sus ideas revolucionarias para el momento histórico en que le tocó vivir. Dejando como parte de su legado el impulso a la revisión permanente de sus planteos, logrando una producción cada vez más compleja y abierta, a revisiones de generaciones venideras (Hernández, 2014).

El inicio es posible establecerlo en París, como alumno del profesor Jean Marie Charcot, quien, en la Salpêtrière, hospital público, enseñaba sobre neurología y “enfermedades del sistema nervioso” (Hernández, 2014) y donde Freud comenzó a interesarse por el estudio y la sintomatología de la histeria, el sufrimiento físico y psíquico observado en esta enfermedad, así como la multiplicidad de síntomas (Freud, 1956 [1886]).

¹ Desde la definición: Doctrina, enseñanza o educación del comportamiento de una persona (© Larousse Editorial, 2016)

Una vez que su objetivo se estableció en esa dirección: de investigar y resolver los síntomas de una enfermedad que la medicina de su época no podía explicar, inició su recorrido hacia lo que no podía predecir en ese momento: el psicoanálisis. Con un punto de partida “(...) marcado por la continuidad y en ruptura con el saber oficial de la Psiquiatría descriptiva y alienista del Siglo XIX, preocupada y capturada por un eje de trabajo: el de discernir lo normal de lo patológico (...)” (Viñar, 2020, p. 69).

En ese recorrido y a través de diferentes etapas de investigación, llega una de las herramientas más importantes: la escucha clínica, base fundamental del proceso terapéutico. El psicoanálisis “(...) cambio la idea que teníamos sobre el acto de escuchar” (Glasserman, 2017; p. 135).

Y una vez que la herramienta adecuada fue establecida como tal, fue dejando pautas de la manera correcta de usarla, consignando a lo largo de su trabajo de investigación lo que denomina normas o reglas, que metodizan, facilitan y previenen dentro de lo posibles errores de aplicación, poniendo en alerta a los analistas que inician tanto para lograr la clínica como para evitar malentendidos con el paciente. La parte de su obra donde aparece estas normas junto con directrices y consejos para quien deseara aprenderlas se denominó con posterioridad Escritos Técnicos: “aparecen en relación al proceso de institucionalización del psicoanálisis: surgimiento de la IPA en 1910 y escritos técnicos en esos mismos años” (Schroeder, 2010; p. 4), y las reglas fundamentales, así como las sugerencias de lo que había que acordar con el paciente desde el inicio del funcionamiento de la terapia, el encuadre: el espacio y lugar simbólico donde generar y desarrollar la escucha analítica.

Pero el método y la técnica psicoanalítica como herramienta técnica, pilar fundamental durante la mayor parte del siglo veinte, acertada e ingeniosa para los cuadros de histeria y neurosis, no fue suficiente respuesta ante los cambios sociales y culturales que comenzaron a producirse desde fines del siglo pasado e inicio del presente, que han influido también en cuanto a los modelos de presentación de los síntomas psíquicos y en los procesos de estructuración psíquica.

Estos cambios han llevado al psicoanálisis a tener que repensar la técnica creada por Freud, revisar el alcance y la aplicación de conceptos, crear nuevos dispositivos, adecuar la herramienta para los nuevos retos que se le presentan:

Un analista trabaja mediante su disponibilidad afectiva y lo que por comodidad llamamos **escucha**. En la clínica actual se le solicita mucho más: su potencialidad simbolizante, no solo para recuperar lo existente, sino para producir lo que nunca estuvo. La demanda predominante de análisis en la actualidad está sustentada en sufrimientos intensos, que implican para el analista desafíos en que su actitud técnica debe ser modificada. Eso no es la <<buena y leal>> neurosis. (Hornstein, 2018, pp. 106 – 107)

En el marco de esta práctica psicoanalítica actual, cada vez más compleja, el consultante espera hoy del analista que además de recuperar los contenidos que se hallan en el inconsciente, pueda ser capaz de producir lo que nunca estuvo (Hornstein, 2018), elaboración clínica a la que Freud denomina “construcciones” (Freud, 1937).

Buscando responder a estos desafíos y a las nuevas demandas de la clínica, André Green, establece un nuevo enfoque del psicoanálisis a partir de trabajar en un mapeo histórico y conceptual de la disciplina estableciendo puntos de problematización, un modelo teórico clínico, así como metapsicología, que va derivando en un proyecto al que le da el nombre de Proyecto de Análisis Contemporáneo, para que sea considerado por las futuras generaciones como semilla de un nuevo paradigma psicoanalítico (Urribarri, 2021).

Y la clave para el nuevo enfoque de la técnica en la clínica, tanto para Green como para Piera Aulagnier, según Urribarri, (2021) es detectar mediante la escucha, los movimientos de lo que comprenden como función básica del psiquismo: crear sentido, representar. Diferenciándose en este concepto de Freud para quien la función básica era la homeostasis. Por lo que proponen como “norte de la brújula, de la escucha analítica” seguir la relación de la representación y de lo irrepresentable, en el marco de encuadre psicoanalítico.

Escucha que Hornstein (2018) remarca que no es ni espontánea, ni sencilla, sino que confluyen en ese encuentro otras tantas variables que le dan cuerpo, sentido y la enmarcan en un cuerpo teórico, a través del cual se puede producir el encuentro analítico. Es por esta razón que nociones como, entrevistas, encuadre, transferencia se hacen fundamentales.

Y el concepto de entrevista y encuadre más apropiado para este nuevo enfoque, al ser considerado desde el concepto de pensamiento complejo de la disciplina, es el que definió por primera vez Bleger en 1964 y 1967, psicoanalista argentino contemporáneo de larga trayectoria, quien profundizó en estas nociones, las que ayudarán en el desarrollo del presente trabajo y en el concepto de setting desarrollado por Winnicott, para enmarcar y contener el trabajo clínico con pacientes con diagnósticos de psicosis.

José Bleger describe el proceso de análisis como una “relación simbiótica” contenida por el encuadre, definido como no – proceso, porque es la parte de la terapia que se mantiene constante. Representación de la más primitiva fusión con el cuerpo materno que permite el desarrollo del yo (de Urtubey, citado en Schroeder, 2010).

A su vez Winnicott, define su concepto: setting como “la suma de todos los detalles de la técnica”. Basándose en éste, José Bleger, en su trabajo “Psicoanálisis del encuadre” (1967) propone utilizar el término “situación psicoanalítica” como

denominación de todos los movimientos producidos por el vínculo analista – analizado y el encuadre como marco que delimita este campo (Bleger, 1967)

El recorrido desde Freud hasta Green usando la escucha como herramienta clínica como hilo conductor se iniciará desarrollando los conceptos tal como han sido propuestos por sus creadores para entender porque son tomados por Green como precursores de pensamiento complejo y de cuya composición emerge el paradigma contemporáneo.

1) Perspectivas clásicas sobre la escucha y el encuadre psicoanalítico

El ser humano se reconoce a sí mismo, se simboliza, a través de sus relatos. El relato de su historia y de sus memorias. Primero construidas por otros, quienes constituyen sus figuras parentales, su familia. Y luego a través de su propio relato, en el intercambio con sus pares y con la sociedad en la que interactúa, le da continuidad y sentido a su existencia.

Cuando este relato no se ha podido construir o ha sido construido con capítulos cuya cualidad o intensidad afectiva provocan displacer o se ha perdido el sentido del relato, es necesario otro que escuche desde un lugar particular, como es la escucha profesional, clínica o psicoanalítica.

Escucha a la que no se puede hacer referencia en forma aislada, sin hacer un recorte del entorno en que se produce dicha escucha y de quien se comunica para ser escuchado. Y aún más, el conjunto de las percepciones humanas, funcionan de forma integral, de tal manera que algunas de las variables que se captan, escapan al rango de la conciencia y son captadas en forma inconsciente (Vargas, 1994).

Esto implica que el uso de la escucha, empleada como eje de una disciplina, además del adiestramiento y ejercicio, necesarios en toda aptitud, debe seguir pautas determinadas tanto para lograr escuchar lo que debe ser escuchado como para saber actuar ante lo que la impide o distorsiona, y así lograr captar el material proporcionado por quien consulta, con el fin de representar y simbolizar dicho material; punto de partida de la psicología y el psicoanálisis, así como otras ramas de la salud y ciencias humanas (Bleger, 1964).

La escucha psicoanalítica es un elaborado trabajo en el que el analista debe tener conocimiento y control de sí mismo, para llevar adelante con éxito cada consulta y cada sesión, teniendo en cuenta que lo que se escucha, describe un momento único: el singular acontecimiento del encuentro entre analista y analizado: “es un encuentro

(...) único de un analizando con su historia y un analista con su historia personal, teórica, analítica, práctica (...)” (Hornstein, 2018, p. 52). Irrepetible porque en cada encuentro surgen cambios en el consultante en el transcurso de las sesiones de análisis, tanto como en el analista con la experiencia que va adquiriendo y con las estrategias que va eligiendo tomar en el transcurso de las mismas.

Freud, como fundador del psicoanálisis y formador de los primeros psicoanalistas, fue creando pautas para su aplicación en la detallada anotación de aciertos, errores e hipótesis de trabajo, es posible transitar con él su recorrido hacia el nacimiento pieza por pieza del psicoanálisis apoyándose en la escucha como herramienta fundamental y en su aguda observación y deducción (Hernández, 2014).

Partiendo de su trabajo como Médico neurólogo, siguiendo al Dr. Charcot en el estudio de los casos de histeria, a los que trataban mediante hipnosis, y en colaboración con el Dr. Breuer, precursor del método que denominarían catártico:

Más eficaz todavía es un método que Josef Breuer fue el primero en practicar en Viena; consiste en reconducir al enfermo, hipnotizado, a la prehistoria psíquica del padecer, constreñirlo a confesar *{bekennen}* la ocasión psíquica a raíz de la cual se generó la perturbación correspondiente. (Freud, 1888, p. 62)

Va consiguando sus pasos hacia lo que sería la labor de toda su vida y la creación de una nueva dimensión de lo humano: el inconsciente y el acceso al mismo mediante la escucha clínica como herramienta central, con fines de terapia y autoconocimiento (Freud, 1910), que no se limitan al psicoanálisis, sino que sus conceptos revolucionarios en el área psicológica y métodos de abordaje se aplican hoy en muy variados campos de las ciencias humanas (Hernández, 2014).

a) Sobre la Entrevista como herramienta de abordaje para generar la Escucha clínica y creación del Encuadre que la contiene

Freud con la creación del psicoanálisis generó nuevos paradigmas en los enfoques de la psiquis, de las ciencias relacionadas y de la consideración del comportamiento humano en general. Cobra importancia relevante la escucha del otro, los deseos, la concepción desde donde cada quien toma decisiones, el entorno de quien se acerca a aquel que puede escuchar y asistir para resolver algo que en su vida está siendo una dificultad. Producto de este proceso de creación fue necesario estructurar y reglar la escucha como herramienta de abordaje en diversas disciplinas.

Las características generales y las consideraciones que deben tenerse en cuenta para llevar adelante una entrevista psicológica como herramienta de tratamiento e investigación fueron el tema de un trabajo de José Bleger realizado en 1964; el cual

toma relevancia por su concepto de que esta herramienta sea aplicada y enmarcada en un campo en el que analista y analizado se comportan como un todo. En el caso de la psicología y el psicoanálisis, así como otras ramas de la salud y ciencias humanas, este instrumento y su correcta aplicación es el que posibilita la escucha de quien solicita ser escuchado para ser asistido, según la idoneidad de cada disciplina.

El autor, refiriéndose a la entrevista psicológica, punto de inicio de todo tratamiento terapéutico, dice que a través de esta herramienta llevamos la vida cotidiana, "... un contexto de vínculos y relaciones humanas...", una práctica familiar para cualquier persona, como comunicarle a otro, dificultades y padecimientos, ... al nivel del conocimiento y la elaboración científica", "...en un proceso ininterrumpido de interacción..." (Bleger, 1964, p.1).

Utilizando la forma natural y cotidiana de la comunicación, quien busca ser escuchado, va abriendo su mundo interno a quien escucha desde su lugar de analista, y a su vez manteniendo el entorno adecuado para que quien consulta se sienta confiado y contenido desde la actitud de escucha del terapeuta. Una escucha formal, activa, donde se está plenamente consciente que se está captando el entorno en forma integral. Se escucha la voz, el tono y timbre, palabras que se ponen en juego, como eje del encuentro, pero toman, al mismo tiempo importancia fundamental la comunicación corporal, los gestos, posturas, las emociones puestas en juego, su ausencia y su concordancia con la situación o su relato (Bleger, 1964).

En principio la misma debe articularse en un entorno producido por quien lo aplica, adecuado para tal fin. El autor describe ese entorno o ambiente particular que se genera, al que denomina campo y que debe ser considerado, logrado, y preservado, en el encuentro entre por lo menos dos personas, que pasan a formar parte de ese ambiente emergente. Una vez que se logra el vínculo terapéutico en ese campo relacional, "que funciona como un todo", según los conceptos gestálticos, es en el que se inserta y se hace posible la escucha psicoanalítica (Bleger, 1964).

Instaurado este ambiente de trabajo de investigación, se establece lo que se denomina encuadre, el cual es marco de la escucha clínica. Donde no solo se pacta, se determina de antemano las formalidades como horarios, lugar, costos, frecuencias, sino también las normas, a saber: que el consultante hable libremente, las reglas de abstinencia y aplicación de neutralidad, mediante las que se aplica y preserva la ética del analista y se protege la privacidad de la vida íntima de la persona, estableciendo confianza en el vínculo terapéutico imprescindible para dirigirse hacia la solución de la demanda (Etchegoyen, 1997).

Los cambios realizados al encuadre para posibilitar el análisis en función de las características del analizado, se toman en cuenta como material de investigación. Si

bien es el terapeuta quien sistematiza y maneja las variables del mismo, estas deben configurarse teniendo en cuenta las características de quien consulta, optimizando las posibilidades de que surja su personalidad y sus dificultades en función de la persona del analista, quien está utilizando en las primeras entrevistas tanto como en las sesiones de terapia no sólo su formación como tal, sino su “comportamiento” durante las mismas (Bleger, 1964), en su capacidad de moderar y posibilitar que fluya la comunicación, con los silencios o las palabras o gestos oportunos, generando cierta confianza, cierta comodidad.

Las preguntas de quien lleva adelante la entrevista, deben actuar como detonantes de áreas y temáticas, pero guiando lo menos posible dentro de las mismas. Ya que es importante, en relación al entrevistado escuchar cómo se presenta, desde donde, como se describe a sí mismo, la información que elige dar y la que omite.

b) Ansiedad

Para muchos autores una variable destacada que debe tenerse en cuenta en la inauguración de un encuentro con posibilidades de derivar en análisis terapéutico, es un monto de ansiedad y angustia que se hace siempre presente, en los primeros encuentros tanto en el entrevistado como en el entrevistador o el analista, con mayor razón si nos referimos a una entrevista psicológica (Bleger, 1964) y su manejo adecuado es factor diferencial en la escucha, facilitando o impidiendo la labor:

Debe ser vigilada no sólo su aparición sino también su grado o intensidad, porque si bien dentro de determinados límites es un agente motor de la relación interpersonal, esta última puede quedar totalmente perturbada e incontrolada si sobrepasa cierto nivel, por lo que el umbral de tolerancia a la misma debe ser permanentemente detectado. (Bleger, 1964, p. 12)

Principalmente en la primera entrevista, donde ambos interrelacionarán por primera vez, poniendo en juego el bagaje de expectativas y proyecciones imaginarias en relación a lo que obtendrán de la misma. Por parte del entrevistado, si está en dicha situación es porque ha detectado algo que no podía resolver por sí mismo, algo de sí mismo que lo inquieta, algo que hace mucho tiempo le da problemas o no logra, o a llegado a la consulta por demanda de otra persona y quizás no quiera estar allí.

De cualquier manera, se juega en el entrevistado una necesidad de hacer buen papel frente a la otra persona como en cualquier interacción humana. En su intención de lograr escucha a su demanda ya sea que la inquietud sea generada por sí mismo o si es enviado por un tercero o una institución, en cuyo caso es posible que espere que le digan que no necesita tratamiento, o que todo está bien.

Por parte del entrevistador la ansiedad es puesta en juego a través de su lugar de trabajador, del cual depende la experiencia con que cuente, lo que gane, de cuanto necesite económicamente de esa entrevista o posible paciente, y de su propia confianza en su papel de moderador de la ansiedad en la interacción generada por el entrevistado y por sí mismo, de lo cual depende el éxito de dicha entrevista.

Un monto de ansiedad es necesario como medio para que el entrevistado desorganice su personalidad lo suficiente como para poner en juego las inquietudes motivo de la entrevista, pero no puede sobrepasar el umbral que perjudicaría la interacción entre ambos anulando el objetivo. Este papel recae en el entrevistador, quien debe dar la medida adecuada de consignas, no deben faltar ni estar en exceso, deben ser ambiguas, abiertas, para que el paciente hable con libertad, hacer silencios necesarios, pero intervenir con lo adecuado en palabra y actitud en cada momento para que el entrevistado hable, pero teniendo sumo cuidado de no caer en acordar o juzgar o interpretar el relato.

La interpretación es un momento particular de la terapia psicológica, y de las sesiones psicoanalíticas en proceso, no debe realizarse en las primeras entrevistas (Bleger, 1964), donde no se cuenta con suficiente información, a menos que quien entrevista considere muy necesario según la circunstancia específica. Porque “el sujeto no viene a adquirir insight de sus conflictos sino a cumplimentar una tarea que lo informe sobre un tema concreto (...) si debe hacer tratamiento” y cual le conviene (Etchegoyen, 1997, p. 65).

c) El modelo Clásico. La escucha en el Psicoanálisis

La entrevista como herramienta fundamental para generar la escucha clínica, presenta diferencias según sea utilizada en el ámbito de la medicina, en una consulta psicológica o como apertura de una posible terapia psicoanalítica.

En el ámbito del psicoanálisis, el planteo clásico y original, deviene de las enseñanzas de Freud, originados en su práctica e influidos por un modelo socio – cultural propio de principios del siglo veinte.

Planteos que, si bien, son pilares fundamentales, están siendo revisados a raíz de los cambios sociales y culturales que se vienen dando desde finales del siglo veinte y principios del siglo veintiuno tales como el concepto de lo que se comprende por salud, de cómo es abordada desde el analista y de los tipos de psicologías que llegan a las consultas con más frecuencia según cada época.

El punto central y particular de una entrevista psicológica, permanente a través de esos cambios, es que quien la conduce, debe “escuchar”, comprender, detectar qué conoce el paciente de sí mismo y de aquello que lo aqueja, desde donde considere que debe hacerlo. Por esta razón la entrevista en psicoanálisis es en su generalidad abierta. La función de la primera y siguientes entrevistas es que se manifieste el contenido inconsciente del consultante, a fin de evaluar si será aceptado como paciente y si es posible, bosquejar su problemática y una hipótesis de diagnóstico (Freud, 1913).

En el origen vemos a Sigmund Freud trabajando con Breuer en casos de histeria mediante hipnosis. En ese estado de conciencia aumentada o sonambulismo (Freud, 1892), las pacientes eran capaces de relatar aquello que les generaba un gran dolor psíquico y que no recordaban en estado normal de conciencia.

Pero el alivio de los síntomas histéricos logrados mediante sugestión poniendo al paciente en este estado, eran temporales. Freud observó que resurgía un nuevo síntoma. Comprendió que tenían el mismo origen y que si suprimían un síntoma mediante este método, otro surgía, porque no se había solucionado la raíz de aquello que desde el inconsciente los generaba y que producen una “conversión”: denominación que Freud elige para denominar la generación de un síntoma como consecuencia de la trasposición de excitación psíquica y describe en el caso de Emmy von N.: “Si en aras de la brevedad escogemos el término «*conversión*» {«*Konversion*»} para la trasposición de excitación psíquica en un síntoma corporal permanente,...” (Freud, 1889, pág. 105). Otro factor por el que la hipnosis no era la solución definitiva era que no resolvía la resistencia: ésta era evadida mediante la sugestión del terapeuta (Löwenfeld, 1904 [1903], en Freud, 1901[1905])

El método mediante el cual logra que los síntomas desaparezcan en forma definitiva en los casos de histeria, es el método que Breuer denomina “catártico”, el que Freud terminará denominándolo “analítico” (Freud, 1905 [1904]) y se trata de que la persona afectada, sin necesidad de la hipnosis, manifieste mediante su palabra el recuerdo de la experiencia dolorosa conectando con la emoción que provocó dicha vivencia, lo que lograba, en principio, ejerciendo una leve presión en la frente del paciente, asegurándole que vendría a su mente el hecho traumático. Una vez recordado, pedía que comunicara el evento perturbador, buscando que lo recreara, describiéndolo minuciosamente, logrando así desgastarlo, “abracconarlo” (Strachey, en Freud, 1893 -1895, p. 13) (Freud, 1893).

En el caso de la paciente “Emmy von R”, señora de cuarenta años, afectada de histeria, Freud detecta la importancia de la escucha en el tratamiento, tanto como demanda del paciente como para la cura en sí. Esta paciente es tratada por la

combinación de hipnosis y del método catártico, el cuál según palabras del propio Freud, aplica por vez primera en “amplia medida” (Strachey, en Freud, 1893 – 1895, p. 6).

En la nota a pie de página número 21, del día 11 de mayo de 1889, anota como observación, que su paciente se había molestado con él debido a que interrumpía su relato, para hacerle preguntas puntuales. El enojo provocó que le proporcionara información sin ninguna conexión. Y en la nota número 20 inmediatamente anterior consigna: “El éxito total de la terapia en este punto se debió, sin duda, a que me hice relatar bien en detalle este recuerdo” (Freud, 1889, p. 83)

A continuación de este caso Freud consigna el de Lucy R. (1892), en el cual no logra que la paciente caiga bajo hipnosis. Con franqueza y honestidad vemos al padre del psicoanálisis confesando que no es bueno hipnotizando, pero también como no se da por vencido, creando y ensayando nuevas estrategias para lograr su cometido, como la técnica de “concentración” o “la presión de la mano en la frente”, con la que provocaba un estado ligero de sugestión (Strachey, en Freud, 1893 – 1895, p. 12).

Comenzó a implementar que la paciente hablara libremente y mediante su escucha procuró detectar claves que lo guiaban hasta el material inconciente: “Tales experiencias me dejaron la impresión de que un mero esforzar [*Drängen*] podía hacer salir a la luz las series de representaciones patógenas cuya presencia era indudable” (Freud, 1893, p. 275). Este método demandaba más tiempo que la hipnosis, pero se obtenían resultados certeros y podía ser aprendido; no se dependía de una capacidad incierta para hipnotizar. Por lo que Freud adopta esta práctica como técnica permanente y la denomina “asociación libre”. Con posterioridad pasa a formar parte del encuadre psicoanalítico como regla del psicoanálisis.

La creación e implementación de técnicas que facilitaban el acceso al inconciente y posibilitaban la escucha, en su práctica, no fue suficiente para su cometido. Fue necesario también, conceptualizar aquellos fenómenos psíquicos con los que se encontró que cerraban el pasaje de los recuerdos hacia la conciencia y con los que debió crear formas de abordaje para superarlos. Por lo general se manifiestan en forma de olvido. Un olvido que en su trabajo con Breuer había comprobado que no es tal. Es una negación a recordar.

Su conclusión fue que el vivenciar un momento sumamente doloroso, vergonzoso o que genera gran temor o confusión en relación a lo que constituye la integridad y la moralidad de la persona frente a sí mismo o los demás, sin que esta reaccione en concordancia con lo ocurrido, genera una dinámica psíquica que lleva a que ese material sea expulsado de la conciencia, es decir si la persona enmudece, se congela,

actúa como si aquello no hubiese sucedido, por dar algunos ejemplos, desplazando de la conciencia el recuerdo para no sufrir, éste se instala como una memoria intacta del momento que ocurrió pero sin ser recordado, “al modo de un cuerpo extraño”, oculto para quien lo ha padecido. Freud (1893) llamó a este mecanismo “reprimir”.

Pero si se logra describir lo vivido unido a la emoción padecida es posible realizar lo que Freud denominó abreactión. Es decir, desgastar el impacto de la vivencia, mediante la repetición del sentir y describir el suceso. El empleaba el término declarar: “debe ser declarado” (aussprechen) (1893, p. 32). El lenguaje actúa como un sustituto de la acción en estos casos y evita la derivación en patologías serias. Otro modo es que se asocie dicha vivencia a otras que incluso pueden ser contradictorias, con el fin de evitar el recuerdo – emoción, que quisiera ser recortado de la vida (Freud, 1893).

Es posible encontrar también dentro de esta misma línea de fenómenos, los cuales el autor describe para los recuerdos infantiles que son desplazados de la memoria, desconexión de los lazos que asocian un recuerdo con otro. De tal manera que al hacerle notar al paciente la relación de unos y otros, se sorprende (Freud, 1914).

Freud en su obra, aconseja y guía con pautas precisas, elaboradas a través de la consignación de su práctica y sus conclusiones de la misma, a los médicos que en aquella época se iniciaban en esta disciplina, aclarando cuánto del tratamiento pasa por la individualidad de quien lo aplica (Freud, 1912). Comprendemos que hace referencia a la elección de estrategias y a que cada analista parte de las características que componen su personalidad para acceder a la otra persona, y las pautas que brinda permiten superar esta variable que en algunos casos puede volverse un impedimento, tal como le sucedió en el caso de Lucy R. y la utilización de la técnica de hipnotismo.

Una de estas pautas con más de un cometido, es lo que denomina “atención parejamente flotante” (Freud, 1912, p. 111). Una de las finalidades de esta técnica es lograr que quede en la memoria del analista cuanto dice quien habla, sin necesidad de anotar o consignar. Hace aquí gala de su experiencia, ya que afirma y demuestra que nada se olvida, todo queda en la memoria, que el olvido se debe a que el dolor producido por recuerdos displacenteros genera un “afán defensivo elemental (...) solo asimilable al reflejo de huida en casos de estímulos de dolor” (Freud, 1901, p.146)

A raíz de esta teorización plantea su concepto sobre el aparato anímico como armado en piezas superpuestas:

Como principio arquitectónico del aparato anímico se deja colegir la estratificación, la edificación a partir de instancias que se superponen unas a otras, y es muy posible que aquel afán defensivo corresponda a una instancia psíquica inferior, y en cambio instancias superiores lo inhiban. (Freud, 1901; p. 146)

El siguiente cometido, fundamental en la escucha clínica, es no dar relevancia a algo en particular de lo que menciona quien consulta. Todo lo que dice o no dice, interrupciones, repeticiones de palabras, errores de una palabra por otra, debe considerarse en igual rango de importancia, como material que a lo largo de las sucesivas entrevistas irán tomando sentido, en el contexto de quien se analiza. De otra forma la relevancia no será para el paciente sino para el analista, sesgando la escucha (Freud, 1912).

Esta regla fundamental para el psicoanálisis, como casi todas las que remarca como básicas para el logro de la terapia, tiene una parte aplicada al paciente y una contraparte al analista. Para el paciente la formulación sería relatar, comentar, describir todas aquellas ideas, recuerdos, asociaciones que le vengan a la mente, con una condición fundamental y relevante: sin enjuiciarse, sin crítica. Porque justamente esta acción aprendida culturalmente y aplicada sobre uno o los demás en forma casi automática, es lo que causa la represión, por ejemplo, en el ocultamiento de los motivos de un malestar.

La contraparte de esta regla para el analista es la escucha sin fijar la atención en algo en particular, apoyándose en el conocimiento de que se desconoce, qué será lo relevante de su discurso, y que, si algo resalta a su escucha, debe partir de la hipótesis de que puede ser propio y no del paciente o consultante:

... tan pronto como uno tensa adrede su atención hasta cierto nivel, empieza también a escoger entre el material ofrecido; uno fija {fixieren} un fragmento con particular relieve, elimina en cambio otro, y en esa selección obedece a sus propias expectativas o inclinaciones. Pero eso, justamente, es ilícito; si en la selección uno sigue sus expectativas, corre el riesgo de no hallar nunca más de lo que ya sabe; y si se entrega a sus inclinaciones, con toda seguridad falseará la percepción posible. No se debe olvidar que la más de las veces uno tiene que escuchar cosas cuyo significado sólo con posterioridad {nachträglich} discernirá. (Freud, 1912, p. 112)

Lo importante del discurso que brinda quien consulta, la mayoría de las veces está en forma velada, oculta dentro del discurso manifiesto. El relato de la razón más profunda de la consulta, donde se encuentra la causa de un malestar, de una depresión, de un comportamiento o modelo de vínculo difícil, que la persona repite incesantemente desde condicionantes reprimidos, es por este mismo motivo desconocida por quien lo padece. Si bien estos conceptos fueron tratados dentro del significado de los sueños, es aplicable a todo el tratamiento psicoanalítico (Laplanche, J.; Pontalis, J.B., 2004) (Freud, 1914).

Es el trabajo que realiza el analista con el relato del consultante: “escuchar” lo que emerge de manera latente dentro del discurso manifiesto. Significando los silencios, los cortes en el mismo, la omisión de detalles de algún hecho, las diferencias en la repetición de un mismo acontecimiento, lo que debe ser detectado como indicador del

esfuerzo inconciente por velar el o los acontecimientos que se están buscando, y serán guías para indagar. Pero solo al tener todas las piezas es posible armar lo que estaba mimetizado, disimulado, desformado o invertido, en el relato manifiesto y proporcionar una interpretación posible al paciente.

**d) La escucha clínica a través del vínculo: transferencia –
contratransferencia en su concepción clásica**

Una de las formas de penetrar hasta el contenido latente del relato del analizado es a través de un elemento fundante del entorno analítico, extensamente estudiada y desarrollada por Freud a lo largo de su obra, la que puede ser un factor que favorece la escucha o que la imposibilita si se presenta en forma de resistencia: es la transferencia. La que se complementa con su contraparte terapéutica, la contratransferencia. A pesar de que Freud no dio gran énfasis a la contratransferencia², ésta cobro relevancia con los psicoanalistas post freudianos en relación a la comprensión y aplicación de dicho concepto, principalmente frente a aquellos diagnósticos que Freud considera no analizables: esquizofrenia, psicosis, fronterizos (Freud, 1905 [1904]).

Se trata de la forma de expresión del inconciente de quien consulta, con el analista, frente al cual se replica el modelo de los primeros vínculos que quedaron impresos en las huellas mnémicas y son los vínculos inaugurados con padres, hermanos, abuelos. Este modelo de relacionamiento determina de modo inconciente, la forma en que cada persona se vincula en general con los demás y en la selección de con quien lo hace, ya sea en vínculos sociales, de amistad, fraternidad o sexuales, y por tanto es empleado en la terapia, donde se ubica al terapeuta en un rol estereotipado (Freud, 1912).

Freud plantea el concepto de transferencia a partir de las tres maneras en que identifica, que el trabajo de asociación en la clínica, se detiene. La primera es que el analizado no posea más material para ofrecer al análisis. La segunda es que se presente una resistencia interna frente a cuestiones reprimidas. Circunstancia que señala por donde se debe avanzar.

² Aparece como “contratransferencia” en “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia” (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III) (Freud, 1915 [1914]), páginas 164, 168 – 9, 172 – 3. Luego en “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica” (Freud, 1910) páginas 136 del tomo 11, edición digital. (Strachey, en Freud, 1915 [1914], p. 164, pie de página)

Y la tercera que denomina resistencia externa, debido a que se arma en interacción con el analista, la clasificó en tres tipos: que el paciente se ofenda por algo que afirmo, indicó o ignoró el terapeuta, o alguna actitud real o imaginada, que consideró ofensiva desde su interpretación, la cual puede ser aclarada y superada; el temor a quedar de alguna manera dependiente del terapeuta (asociado a la técnica del hipnotismo), y por último, lo que denominó falsos enlaces y que sería propiamente la transferencia (Etchegoyen, 1997).

Se trata del enlace por medio del cual, le asigna al analista un determinado rol, que el analizado ha extraído inconscientemente de su pasado y lo hace presente en éste, actualizándolo y por tanto repitiéndolo. Se le da esta denominación porque el enlace es del paciente con el personaje en el que coloca al analista, no realmente con él (Etchegoyen, 1997).

Freud explica en su trabajo "Sobre la dinámica de la transferencia", qué en el proceso de maduración de las personas, la libido se divide y solo parte de ella se desarrolla y plasma en forma consciente en la realidad de la persona adulta. Otra parte permanece en forma inconsciente, sin desarrollarse, plasmándose sólo a través de las fantasías. En una situación analítica, si el consultante pasa por vivencias de desencuentro amoroso y/o sexual, o es el tema central de su malestar, sus "representaciones expectativas – libidinosas" (Freud, 1912; p. 98), en búsqueda de quien corresponda a ellas, toman al analista como objeto de las mismas, tanto en su parte consciente como inconsciente.

En este ejemplo, es posible ver como la transferencia que facilita la comunicación, la confianza en el análisis, en otros casos se transforma en herramienta de la represión, porque el paciente no deseará admitir su enamoramiento del analista, pero en un caso de neurosis lo actuará, como forma de detener los procesos terapéuticos y el ingreso al inconsciente, colocando al terapeuta en una situación difícil, en la que debe dar el paso correcto, protegiendo la abstinencia y la ética. Se trata de un falso enlace, generado a través de los procesos inconscientes mencionados. El analista deberá lidiar con la transferencia del paciente interpretándola y presentándole una devolución (Freud, 1905 [1901]).

En "Fragmento de análisis de un caso de histeria", se nos presenta otra de las posibles dificultades de manejo de la transferencia: errar el momento adecuado de presentar la interpretación al paciente. Freud detecta que "Dora", paciente de este trabajo, le ha transferido aspectos referidos a su padre, a quien ama y admira profundamente, pero al mismo tiempo, en quien no confía y de quien quiere vengarse. En este conocido relato el padre de "Dora" era infiel en el matrimonio con la madre de

la protagonista, con la señora K. “Dora” dice de su padre que “prefería siempre el secreto y los rodeos tortuosos” (Freud, 1905 [1901], p. 103).

Pero luego de un sueño de Dora, se le revela a Freud que la transferencia hacia él es también con la persona del señor K, esposo de la señora K, de cuya casa había huido, a raíz de las pretensiones románticas de este señor para con ella. Conducta que le comunica a Freud que repetiría con la terapia, abandonándola (Freud, 1905 [1901]).

La transferencia que le hacía Dora era con su padre y con el señor K: uno el amante de la señora K, su padre y el otro el esposo. Freud demoró en comprender la transferencia y el amor romántico que reprimía Dora por esta señora y que por lo tanto ambos hombres eran vistos como rivales, y esto es lo que transfería sobre él: “Puesto que todos los hombres son detestables, prefiero no casarme. Es mi venganza” (Freud, 1905 [1901], p. 104)

De esta forma cumple el deseo inconciente, sin tener que separarse de su padre y sin resolver su neurosis histérica.

Freud explica, al analizar el caso que de haberle hecho consciente esta transferencia a Dora, por un lado, hubiese anulado la fantasía inconciente y por el otro, hubiese impulsado a que la paciente revelara mediante sus palabras sus sentimientos, logrando la simbolización de los mismos en vez de actuar desde la fantasía reprimida, la conducta de venganza por celos. Esta es la forma en que Freud descubre que se resuelven los casos de neurosis y en la que se transforma la transferencia en una herramienta de resolución, la misma que originalmente se activa como forma de resistencia (Freud, 1914).

La contratransferencia que surge en el contexto del análisis, es definida por Freud en un trabajo leído como discurso inaugural del segundo Congreso Internacional de Psicoanálisis, llevado a cabo en Nuremberg los días 30 y 31 de marzo de 1910:

Nos hemos visto llevados a prestar atención a la «contratrasferencia» que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine. (Freud, 1910, p. 136)

Considerándolo de tal importancia que plantea la posibilidad de discernirla y dominarla sea una exigencia para el analista, dado que los complejos y las resistencias internas personales, les marcan el límite a donde llegar. Por eso su recomendación es el autoanálisis, paralelo a su trabajo en psicoanálisis, para poder interpretarla y utilizarla a favor del analizado. Recomendación que ha sido tomada y se aplica en la actualidad, pero bajo la supervisión de otro analista más experimentado.

La contratransferencia y transferencia se producen a partir de establecer el encuadre y una vez establecida y pactada la relación de trabajo entre analista y

analizado. Es como el contrapunto musical con que el analista acompaña la música que toca el paciente: "...para que el paciente desarrolle su transferencia y el analista lo acompañe en el sentido del contrapunto musical, resonando a partir de lo que inicialmente es del paciente: si esta condición no se da, tampoco se da el tratamiento analítico" (Etchegoyen, 1997, p. 245), son movimientos internos a nivel preconciente producto de que el analista ha tomado su lugar, para que se conecten ambos inconcientes y sea posible la terapia.

Luego de Freud, el concepto de contratransferencia fue considerado como una traba en el proceso de análisis y por lo tanto ignorado hasta la segunda mitad del siglo veinte, donde comenzó a resurgir a través de la resignificación de diferentes psicoanalistas según sus propias experiencias durante las sesiones analíticas, en las que este elemento se logró interpretar y usarlo como herramienta a favor de la resolución en la clínica. Sin embargo, no todos los psicoanalistas teóricos y clínicos de ese momento histórico lo comprendieron en esos términos, lo que generó diferentes corrientes según a la concepción que adherían o sus propias definiciones del acontecimiento registrado (Etchegoyen, 1997).

Dentro de las concepciones clásicas del psicoanálisis, consideradas en la actualidad, y para los autores que comprendieron la contratransferencia como herramienta terapéutica, uno de los conceptos más aceptados es el que ubica al terapeuta en el lugar de escucha como la figura paterna. El lugar del tercero en el complejo de Edipo, que separa al niño de la madre para lograr la individualidad y el crecimiento. O en la escucha desde el lugar de la madre en los casos que el trauma es anterior al complejo de Edipo o pre genital (Etchegoyen, 1997). Este rol es asumido para lograr que el analizado complete las etapas de desarrollo en las que ha quedado fijado.

Un ejemplo donde la contratransferencia toma la forma y la función de resistencia, deteniendo el trabajo terapéutico, es el concepto de "baluarte", en el cual "el "enganche" inconsciente del analista con el analizando" se convierte "en complicidad involuntaria en contra del proceso analítico" (Baranger, Baranger, Mom, 2002). En este caso el terapeuta comparte un conflicto con el analizado y a través de la contratransferencia establece un acuerdo completamente inconciente con éste, para que no aflore dicho conflicto. De esta manera la terapia toma el aspecto de fluir, pero no se llega jamás a la resolución del conflicto, si el analista no toma conciencia del estancamiento del proceso analítico y recurre a lo que estos autores denominan "segunda mirada". Se trata de mirar desde afuera la situación analítica incluyéndose a sí mismo en ella, o recurriendo a la asistencia de un tercer terapeuta supervisor, o a un

equipo de otros analistas con los que supervisar y lograr esa mirada y escucha desde un tercer lugar.

La contratransferencia, a diferencia de la transferencia, no tiene por qué ser comunicada al paciente. El terapeuta, en la medida de que surgen conflictos no conocidos durante la terapia tiene el deber de resolverlas en su propia terapia para asistir a su vez al paciente. Pero forman parte de su vida personal y que no tiene por qué ponerlas en juego en el escenario analítico. Esto es parte del pacto terapéutico donde se establece quien es terapeuta y cumplirá su rol poniendo su escucha y saberes a disposición de quien busca ser escuchado desde ese rol, y que establece el encuadre clínico para ese fin donde se incluyen normas establecidas por Freud y consensualmente aceptadas por el psicoanálisis por las cuales el terapeuta debe mantenerse en neutralidad y abstinencia.

e) Reglas de neutralidad y abstinencia

Freud, en su diseño del psicoanálisis, consideró estas posibilidades de influir en el contenido, la opinión o las ideas en el relato del entrevistado, a través de la transferencia o de ser tomado por la contratransferencia, resultado de su experiencia en las consultas como médico.

Dejó en sus escritos lo que denominó reglas o normas para preservar la ética del analista y proporcionarle una línea sobre la cual conducirse para acercarse a la objetividad y evitar dentro de las variables que éste puede controlar, el influir o permitir ser influenciado por el paciente. Estas reglas o normas denominadas de abstinencia y neutralidad en referencia a la disciplina psicoanalítica, son dos conceptos en muchos casos complementarios, incluidos en la misma por Sigmund Freud y destacados por él como fundamentos imprescindibles del análisis. Se podría decir que con estas normas, se introduce un cambio de paradigma en la relación profesional – paciente y analista – analizado, que marca un quiebre con lo que era aceptado y aplicado en su época.

Partió de la observación de la influencia que el médico ejerce sobre su paciente y cómo éste reacciona ante esa influencia, propiciando estados de ánimo sumisos ante sus indicaciones, esperanzados, motivados, confiados, en que quien los atiende curará su estado físico en este caso y como era utilizada para conscientemente inclinar la balanza hacia el resultado deseado (Freud, 1890).

En principio la finalidad de las dos reglas era práctica y básica para obtener resultados en el trabajo clínico de personas con neurosis. Sin embargo, estos conceptos, principalmente el de neutralidad, cobra mayor relevancia a lo largo de su

obra, como postura Ética ante el analizado adoptando una postura neutral ante las ideologías, las creencias, las demostraciones de afecto:

No sé cómo encarecería bastante a mis colegas que en el tratamiento psicoanalítico tomen por modelo al cirujano que deja de lado todos sus afectos y aun su compasión humana, y concentra sus fuerzas espirituales en una meta única: realizar una operación lo más acorde posible a las reglas del arte. (Freud, 1912, p. 114)

En “Los caminos de la terapia psicoanalítica” Freud describe uno de los objetivos de la ley de neutralidad y que dirigía como crítica a la escuela de Jung y a aquellos terapeutas que caían en moralizar o adoctrinar a sus pacientes: “Hemos rehusado categóricamente considerar como un bien propio al paciente que pide nuestra ayuda y se pone en nuestras manos. No intentamos formar su destino ni inculcarle nuestros ideales, ni modelarlo a nuestra imagen con el orgullo de un creador” (Freud, 1919 [1918]) (Laplanche y Pontalis, 2004).

La idea de neutralidad, si bien actualmente ha sido reconsiderada, ya que no es posible lograr abstraerse o desconectarse de los múltiples atravesamientos que determinan al analista como persona, ni es posible su aplicación en el trabajo con niños, es necesario tomar en cuenta el espíritu original de la misma al ser propuesta por Freud. Esta regla debía ser aplicada por el analista, para asegurar la objetividad en varios sentidos. En principio sustraer dentro de lo posible sus emociones, ideologías y juicios del campo de análisis, para guiar la terapia con una posición clara de no sesgar la escucha y el material que brinda el paciente: invadir con ideologías, creencias y juicios, tomar posiciones moralistas o favorecer las demandas de un tercero.

Lo siguiente es que es una herramienta que recuerda no interpretar el rol que asigna el paciente al terapeuta durante la transferencia, mantenerse en una postura neutral en los casos de histeria y neurosis, como única forma de alcanzar la cura. De otro modo el paciente caerá en repetir en el vínculo terapéutico aquello que vino a superar.

La norma de abstinencia es aplicada por el paciente. La neutralidad del analista coloca en abstinencia al paciente, porque no se le otorga el amor que reclama a través del rol que le asigna a éste durante la transferencia en situación de análisis (Freud, 1915 [1914]) (Freud, 1919 [1918]). El objetivo es abstener al paciente de manifestar los impulsos en forma de acciones para que se manifiesten en el ámbito psíquico al ser verbalizados, significados, simbolizados y posibles de trabajar en la terapia (Freud, 1914).

Otro aspecto de esta norma es que el paciente se abstenga en su vida diaria, durante el tiempo que está tomando terapia de determinada conducta que vehiculiza la

pulsión de que se trata el análisis. Por la misma razón. Evitar que se manifieste mediante acciones y lograr que sea declarada en la sesión psicoanalítica (Freud, 1914) además de evitar que produzca un cambio brusco en su vida, consecuencia de los movimientos psíquicos que acontecen durante el tratamiento.

En palabras de Freud, el paciente enferma a causa de una frustración y los síntomas generados por la misma son una “satisfacción sustitutiva”. En el transcurso del tratamiento desaparecerán los síntomas y el paciente tenderá a encontrar nuevas satisfacciones sustitutivas como forma de evitar el encuentro con la frustración desencadenante de su problema. De estas satisfacciones sustitutivas es de las que se debe abstener o privar al paciente. El éxito del analista se apoya en mantener esa frustración tanto en sus encuentros con el paciente como de éste en su vida diaria, hasta vencer las resistencias y verbalizar dicha frustración (Freud, 1919 [1918]).

Estas enseñanzas establecidas por Freud, y mantenidas con cierta fidelidad por quienes se definen como analistas, hasta las décadas finales del siglo veinte, hoy enfrentan al “analista” al trabajo teórico - técnico de ser fiel al maestro, pero también, de adecuarse a los cambios propios de un modelo social y cultural globalizado.

2) Perspectivas actuales de la escucha desde Green y otros autores, precursores del concepto de contemporaneidad

La composición del relato de la humanidad, como una gran sinfonía, compuesta por el aporte de cada integrante con su propia música, conforma el sonido que percibimos como realidad: atravesados por la educación, las formas de inserción social, la concepción de lo bueno y malo de cada cultura, sociedad y época histórica, el modo en que interactuamos transformando y siendo transformados por ella. Transforma al mismo tiempo el modo de percibir el entorno y los conceptos de que es ofensivo, vergonzoso, que cosas son imprescindibles para la vida y que cosas descartables, los valores sociales y culturales de cada momento histórico, teniendo por consecuencia la decantación y cristalización de personalidades predominantes en concordancia con cada uno de esos momentos.

Y en la época actual este relato, sufrió un cambio comparable al de la novela que es plasmada en una película. Con innovaciones que se han sucedido a tal velocidad que quien se prepara para una disciplina humana, se encuentra con el doble desafío por un lado de la responsabilidad de poner en aplicación los saberes adquiridos, y por otro, que la teoría siempre se encuentra desfasada de los cambios que se van generando en la sociedad de este momento. Así como quien aplica un método de

trabajo, producto de innumerables años de consultorio, se enfrenta a los desafíos de las nuevas tecnologías en constante actualización.

La velocidad de estos cambios tecnológicos, los nuevos dispositivos que van al ritmo de la imaginación, con proyecciones en tercera dimensión, holografías, sonidos envolventes, las conexiones de internet a escala mundial, cambian el tiempo de la espera y el movimiento hacia el otro, en inmediatez. La fluidez a través de la geografía mundial, que permite conocer lo que sucede en cualquier cultura en el momento que sucede, en cualquier idioma, derivan en variaciones a nivel psíquico provocando cambios en la forma de percepción, haciéndose visible en las brechas entre las consecutivas generaciones, producto de las diferentes maneras de entender la realidad.

El doctor en medicina y psicoanalista Marcelo Viñar da su perspectiva de esta era llamada por Z. Bauman e I. Lewkowicz como modernidad líquida, de la que destaca el estallido del modelo familiar occidental, a raíz de la inserción de las mujeres en el mercado laboral tanto como en funciones directivas, así como la ruptura de los roles estereotipados en ambos sexos, la normalización de la variedad de género y las parejas homosexuales, maternidad muy temprana en los deciles más pobres, llevando al mínimo la brecha intergeneracional por un lado y muy acentuada en las más pudientes. En la actualidad la generación siguiente es completamente diferente de la anterior, y desde la revolución industrial este hecho sucede a cada vez mayor velocidad (Viñar, 2020).

La conexión con el otro desde cualquier lugar, crea la fantasía de que está presente in situ, distorsionando o virtualizando las dimensiones geográficas, así como los vínculos. Lo que va componiendo un nuevo entramado donde se fluidiza, se hace líquida la realidad: las distancias, las temporalidades, lo espacial y al mismo tiempo lo social y afectivo. Así como la facilitación de la adquisición de objetos y servicios por medio de pagos electrónicos, virtuales, en cuotas, desde cualquier lugar del mundo, como consecuencia de la globalización, producen a su vez la fantasía de que todo está “al alcance de la mano”.

Las redes sociales y la información a través de imágenes cobran importancia relevante, sustituyendo cada vez más los encuentros en persona, la intimidad. Lo que produce poco a poco una sobrevaloración de la imagen personal, la opinión del otro y como consecuencia, personalidades narcisistas e individualistas, buscando ocio, constante bienestar, apoyadas en la valoración externa, la valoración social y por tanto en una vida que es actuada en comportamiento y en decires, buscando el aplauso, la admiración o la envidia en los seguidores en dichas redes. A medida que se desestima

todo lo que implique disciplina, tradiciones, fronteras, historicidad. El sujeto va quedando desligado. (Lipovetsky, 1983).

Fernando Urribarri (2021) describe esta situación, unificando la conceptualización de autores y pensadores contemporáneos diciendo que se ha creado una sociedad del espectáculo que actúa saturando y anulando la imaginación; lo que tiene por consecuencia el bloqueo de la capacidad de simbolizar y de representarse la realidad, las relaciones con los demás y el logro de una posición estable a su respecto:

Como freudiano no creo que sea una casualidad que casualmente ocurre en la clínica y ¡oh! casualmente ocurre en la cultura. Creo que ocurre porque como dijo Freud, cuando nos acercamos suficientemente la psicología individual se revela también psicología social:

“Psicología de las masas y análisis del yo. (Urribarri, 2021, clase 06/10³, min. 29:50)

El malestar en la cultura que describe Freud en el año 1905 es producto de la excesiva represión de la sociedad de su época, generadora de lo que él denominaba nerviosidad moderna y una conducta moral sexual muy exigente. El malestar en la cultura contemporánea conceptualizada por numerosos autores y pensadores actuales como Castoriadis, Pontalis, Lipovetsky, Lasch, es producto de que la globalización no solo destruye las fronteras nacionales sino también las fronteras subjetivas, lo que da por resultado conflictos en los límites del sujeto, es decir trastornos limítrofes (Urribarri, 2021).

a) La escucha clínica en la actualidad

Freud como consecuencia del malestar en su cultura, atendía en su clínica, comúnmente casos de histeria y de neurosis. Aunque no se puede descartar que este rango de cuadros clínicos fuera también una elección personal, según su interés individual y de investigación. Porque como dice Luis Hornstein sus casos eran predominantemente de neurosis e histeria desde lo técnico, pero teorizó, a partir de 1914 sobre construir una metapsicología del yo y del superyó, y sobre problemáticas clínicas como esquizofrenia, paranoia, hipocondría, melancolía, masoquismo y fetichismo (Urribarri, 2021)

Lo que nos confirman sus textos es que hizo grandes progresos en estas áreas, además de establecer una zona límite para la disciplina, que se conceptualizó posteriormente como de analizabilidad. Esta fue definida y establecida en el Simposio de Psicoanálisis de Copenhague de 1967 por Elizabeth R. Zetzel, quien establece tres ítems, relacionados con el desarrollo psíquico y que deben percibirse mediante la escucha clínica para marcar este límite. Ellos son:

³ Se agrega fecha de la clase para poder diferenciar los videos ya que tienen el mismo autor y año.

1) la capacidad de mantener la confianza básica en ausencia de una gratificación inmediata; 2) la capacidad de mantener la discriminación entre el objeto y el self (sí mismo) en ausencia del objeto necesitado; 3) la capacidad potencial de admitir las limitaciones de la realidad. (Etchegoyen, 1997, p. 44 – 45)

La importancia de la definición de este límite radica en que permite establecer una crisis en el psicoanálisis que André Green y Urribarri consensuan a través de su bibliografía en dos etapas: una en 1975 y la segunda entorno al año 2000. La IPA (Asociación Internacional de Psicoanálisis) lo establece, como consecuencia de una encuesta realizada a sus miembros en 1998, según Urribarri (2021), que arroja como resultado dos informaciones fundamentales: la primera, fue que el paciente considerado en el límite de la analizabilidad y de la clínica, era ahora el paciente más frecuente, y la segunda información relevante fue que, como consecuencia de este hecho, entre un sesenta y un ochenta por ciento de los psicoanalistas se veían en la necesidad de trabajar variando el encuadre tradicional.

Estas variaciones en el encuadre se realizan para poder contener estos casos que son detalladamente descritos por Luis Hornstein, resultado de su escucha en la clínica: personas con límites borrosos entre el yo y el objeto o entre el yo y el yo ideal, que desean o temen fusionarse con los demás, autoestima con intensas fluctuaciones, vulnerables a las heridas narcisistas, excesiva dependencia de otro o imposibilidad de relacionarse, pensamiento inhibido o alienado, tendencia al vacío psíquico en fantasía y pensamiento, utilización de defensas primitivas: escisión, negación, idealización e identificación proyectiva (Hornstein, 2010).

La persona neurótica se dirige al analista, hace transferencia con él, intentando convencerlo, seducirlo o provocarlo. En cambio, la persona con un cuadro fronterizo no busca una interlocución con el otro:

El decir del fronterizo desconoce este juego de ida y vuelta, formula un decir catártico, autárquico replegado sobre sí mismo, que no apunta a la interlocución. No es un diálogo porque no hay progresión e interacción sino una yuxtaposición de monólogos. (Viñar, 2020, pp. 6 – 7)

Esta situación de transformación, que Green describe como estructural y no solo histórico social, visualizada y referenciada por la comunidad psicoanalítica internacional, hizo necesario problematizar el encuadre clínico clásico que estaba siendo variado como necesidad, para adaptarse, lograr enmarcar esta escucha actual y para dar respuesta a los casos que hoy son demanda en la clínica. Para esto se dio un paso atrás y se replantearon los conceptos ya trabajados por diferentes autores sobre encuadre, de los que se destaca y es tomado para el modelo de psicoanálisis contemporáneo, el concepto revolucionario de Bleger en 1967 (Urribarri, 2021)

b) La adaptación del concepto de encuadre como marco de la escucha en la actualidad

El concepto de encuadre como campo, es profundizado y ampliado en 1967 por José Bleger, en su trabajo "Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico", influenciado por concepciones de otros autores, entre los que se destaca Winnicott, y como resultado de sus experiencias psicoanalíticas con psicóticos. Ubicando este trabajo en su línea temporal, se hace conciencia de que el autor se despega de la concepción clásica y ortodoxa predominante, en su visión y aplicación del psicoanálisis como método de investigación, revolucionando el concepto de encuadre, otorgándole nuevas dimensiones, con el fin de comprender y adaptar la herramienta psicoanalítica a las consultas de los casos catalogados como no – analizables.

Este no – proceso, que encuadra el análisis, otorgándole dimensiones simbióticas, compuesto por los elementos ya mencionados que deben ser mantenidos durante la terapia, cuenta su duración en años. Esta característica permite que se la defina como una institución, las cuales "funcionan siempre (en grado variable) como los límites del esquema corporal y el núcleo fundamental de la identidad" (Bleger, 1967, p. 104).

Esta cualidad de permanencia de esta pieza del análisis, es parte de la tarea del terapeuta. Y durante este proceso, idealmente, teóricamente, no es percibido. Al igual que las instituciones que pautan conductas, costumbres, modos de pensar, pero terminan por invisibilizarse. Sólo son percibidas, dice Bleger cuando faltan, se obstruyen o dejan de existir.

Es, ...el problema de la simbiosis, que es "muda", y sólo se manifiesta cuando se rompe o amenaza romperse. Es lo que también ocurre con el esquema corporal, cuyo estudio comenzó por la patología, que fue la que mostró en primer lugar su existencia. Así como se habla del "miembro fantasma" hay que reconocer que **siempre** las instituciones y el encuadre se constituyen en un "mundo fantasma": el de la organización más primitiva e indiferenciado. (Bleger, 1967, p. 104)

De esta manera el encuadre se hace perceptible cuando es transgredido, incumplido. Y aunque lo que lo haya provocado debe ser interpretado y leído en el contexto de la transferencia y del análisis, se corre el riesgo de que se interrumpa el proceso iniciado de tratamiento, como por ejemplo falta de pagos, inasistencias, cambios de días, etc.

En cualquier ámbito lo primero que es percibido es un sentimiento de incompletitud, al que debe lograrse simbolizar, el objeto faltante debe ser reconocido. Estas experiencias de falta y frustración, junto con las de gratificación estructuran el "yo", sobre un marco de rutinas, hábitos y gente familiar, relaciones estables, que mantienen y componen un no – yo, no percibido pero necesario y fundamental, que

hace de base para esta estructuración yoica. “El conocimiento de algo sólo se da en la ausencia de ese algo, hasta que se organiza como objeto interno” (Bleger, 1967, p. 105). Y ese “mundo fantasma”, dice el autor, que existe como base para la estructuración, no percibido pero imprescindible, durante la sesión analítica, es depositado en el encuadre.

Cuestiones como que dentro de este encuadre el analizado construye su encuentro con el Otro, imaginizado en el analista, desde su singularidad y subjetividad inconciente. Lo que pone en juego no sólo el concepto de terceridad de todo el trabajo analítico, sino que también es posible afirmar que simbólicamente este dispositivo, a través de la norma de abstinencia, es equivalente a la ley de prohibición del incesto, siendo percibido como protección, pero también amenaza, conceptualización en la que coinciden los autores Casas de Pereda, Gil, Schkolnik, citados por Schroeder (Schroeder, 2010).

Conceptualizaciones que son resultante de un largo proceso iniciado en con los autores y pensadores post freudianos quienes desarrollan las relaciones intersubjetivas, las relaciones de objeto, el rol del otro y del objeto:

así como en la constitución subjetiva el objeto adquiere un estatuto determinante que no tenía en el modelo freudiano, en la clínica, el objeto, el analista, pasa a tener un lugar co - determinante que no tenía en el modelo freudiano. En Freud en analista es imaginado o idealizado como un cirujano, un espejo, un detective; el analista deduce e interpreta. (...) Su subjetividad, coherentemente con su modelo, quedan entre paréntesis. (Uribarri, 2010, clase 29/09, min. 35:15)

Lo que produce cambios en la disposición clásica del diván dentro del encuadre, variado por posturas más enfrentadas, así como la unificación de los conceptos de neutralidad y abstinencia en un único concepto de abstinencia, que hereda el espíritu depositado por Freud en su ideación, pero extrayendo la concepción de la ciencia positivista de una posición neutral que hoy día se concibe irreal, en esta nueva acepción del encuadre donde la situación analítica se considera una simbiosis emergente del trabajo entre el par analista – analizado.

En el trabajo de Damián Schroeder (2010) sobre encuadre, encontramos una cita de Giovannetti y M. de Freitas, que al igual que otros autores actuales coinciden en afirmar que en el mundo de hoy, en el que se han disuelto las fronteras, junto con el sentido de permanencia, donde ahora predomina la velocidad y la inmediatez, si el análisis se realiza en el marco del encuadre clásico, se corre el peligro de que no haya análisis. El encuadre clásico, debe ser deconstruido y reconstruido para que sea posible la escucha analítica, tal como la heredamos de Freud y albergar a la subjetividad actual marcada por los “no – lugares” y las “no – fronteras”.

Concepto que encontramos también en las palabras de Marcelo Viñar, quien afirma que el encuadre en la actualidad debe ser creado como una artesanía para que se adapte a los requerimientos de cada pareja analítica: "...la creación o construcción de un espacio analítico, proclive a la circulación fluida de representaciones verbales y gestuales, sueños, lapsus, actos sintomáticos, que fomentan la ambigüedad esencial de la escena transferencial..." (Viñar, 2002 citado en Schroeder 2010)

A raíz de esta problematización de lo que es considerado continente imprescindible del análisis psicoanalítico, y en la búsqueda de no estancarse ante los cambios evidentes, ni desbaratar la disciplina que ha demostrado su eficacia más que probada en el trabajo tanto en la clínica como en la investigación del psiquismo, se procuró llevar el encuadre a su esencia.

Así encontramos en trabajos realizados en los años 1996, 1999 y 2002 por Alcira Mariam Alizade que emplea y conceptualiza la idea de encuadre interno describiéndolo "como lo que debe estar o lo que hace falta en forma imprescindible para que un tratamiento se juegue bajo el nombre de psicoanálisis," (Alizade, 2002, p. 2), el que según Schroeder es "la parte íntima y esencial del marco" del tratamiento analítico, y es la incorporación del dispositivo a la mente del analista y al ambiente o campo fantasmático creado como encuadre y tercerización en el proceso del análisis. Según de Urtubey es la internalización del encuadre empelado y vivenciado en el análisis del propio analista y que funciona a su vez como terceridad (Schroeder, 2010).

Este concepto fue consensuado por diferentes autores que trabajan e investigan en el ámbito clínico, así como los elementos que lo componen, contenidos en el analista y que según Alizade son: la escucha con el "tercer oído", término acuñado por Reik en 1926 y hace referencia a lo que él denominó "voces interiores", es decir, aquellas cuestiones que surgen del inconciente del analista y a las que debe estar también en escucha paralelamente a la escucha del analizado.

El segundo elemento al que hace referencia la autora, es el logro de la permeabilidad del analista a su propio inconciente y al del paciente, elemento que se logra mediante el propio análisis y refiere a la intuición y la empatía para captar los estados anímicos del paciente y los suyos propios en la situación analítica. El tercero nombrado es la atención flotante, conceptualizada por Freud. El cuarto la libre asociación de analista y analizado, la quinta es el cumplimiento con la norma de abstinencia, el sexto es lo que Freud denomina como transmisión entre inconcientes (Freud, 1913, 1915) y el séptimo es que el analista debe desenvolverse con creatividad y espontaneidad (Alizade, 2002), del cual dice la autora:

El analista se arroja a la piscina de sus intuiciones, se libera de las órdenes recibidas por distintos supervisores o por los textos teóricos y sus certezas. Nada en el mar de su encuadre interno, sostenido por el proceso formativo que permitió su gestación. (Alizade, 2002, p. 2)

Para **Green** el encuadre interno es fundamento de lo que conceptualiza como pensamiento clínico. Dice que es producto del propio análisis, y es una matriz transicional de transformación interna, una estructura encuadrante en la metapsicología del yo, que se vuelve por efecto del propio análisis estructura encuadrante con una capacidad reflexiva terciaria extra, denominada objeto analítico, que es discurso vivo, lenguaje y que cuando emerge en este marco, establece la viabilidad de la pareja analítica y del análisis.

Análisis en el cual el analista, tiene una función complementaria, que es producir historización y simbolización potencial del material que no se devolverá en una interpretación directa, sino como figurabilidad e historia del análisis. Esa historia del análisis, conceptualizado por Green, es una interacción con el paciente de construcción de dicha historia y no un planteo hecho por el analista (Urribarri, 2010)

El doctor Norberto Marucco, miembro de la Asociación Psicoanalítica Argentina, agrega que el encuadre interno del analista no es solo el análisis personal sino todo lo que el analista asimila en las supervisiones, en los grupos de colegas a los que se integra, los seminarios. Es una convicción analítica adquirida en la interacción en todas estas instancias que le permite dar cuenta de que cosas son imprescindibles en la situación analítica (Urribarri, 2010, clase 20/10)

Gracias a estas recientes conceptualizaciones, y aunque no han faltado las controversias de posiciones ortodoxas, la comunidad psicoanalítica internacional, en su mayoría, logró superar y adaptarse a la crisis mundial de enfermedad Covid, implementando rápidamente dispositivos a través de la tecnología para atender la demanda de asistencia por ataques de pánico, agorafobia, depresión, angustia, etc., producto de este reciente cambio histórico – social, del cual aún no se conocen plenamente las consecuencias.

c) La contemporaneidad de Green como solución al malestar en la cultura actual y la escucha clínica como herramienta fundamental

Estas situaciones de transformación estructural de la cultura y la sociedad, colocan la base sobre la que se apoya dicha cultura en crisis. Atravesando desde las instituciones estatales hasta los grupos familiares como tales, desorganizando las rutinas, lo cotidiano, volviendo extraño lo familiar. La ciencia, la tecnología y las

diferentes disciplinas son urgidas a aplicar su capacidad creativa y de adaptación para conceptualizar los fenómenos sociales y dar respuestas asertivas.

La psicología como parte de este entramado también es atravesada por la vorágine de estos cambios, que contemplados desde la historia de esta disciplina y desde la mirada de pensadores, tales como Green, Piera Aulagnier, McDougall, Pontalis, es posible establecer en el año 1975 como punto de la primera crisis, la que para ellos se hace visible a través del trabajo de las escuelas post freudianas, como la kleiniana, lacaniana, y del yo, con los estados límites. Estas escuelas según estos autores, utilizaban de manera dogmática modelos reduccionistas en la clínica, y a pesar de sus avances en los cuadros de psicosis, no sólo no estaban dando respuesta a los casos límites y fronterizos, sino que los clasificaban dentro de los cuadros psicóticos (Urribarri, 2021).

Una segunda crisis es establecida alrededor del año 2000 a partir de que la IPA reconoce públicamente la misma, en un congreso ya mencionado y como consecuencia de tomar conocimiento de las transformaciones silenciosas que individualmente realizaban los analistas para contener los casos fronterizos que eran ahora los más numerosos y los cambios al encuadre que era necesario implementar para que fuera posible la continuidad en el análisis (Urribarri, 2021).

Green y otros pensadores considerados actualmente creadores del pensamiento contemporáneo ponen voz a esta situación, estableciendo que hay pacientes nuevos, pacientes problema paradigmáticos, que son comprendidos dentro de la enunciación “estados límite”. Los modelos conocidos hasta el momento como el de la neurosis de Freud o los de la psicosis de las escuelas post freudianas no funcionan para comprender estas nuevas presentaciones de padecimiento. Plantea que se estaba dando una respuesta equivocada a un problema verdadero (Urribarri, 2021).

Buscando dicha respuesta Green conceptualiza la noción de **contemporaneidad**, la que es hilo conductor de toda su extensa obra, según Urribarri (2021), con la cual el autor, se pone como objetivo historizar el psicoanálisis, interrogando, problematizando, conociendo las etapas de la construcción de las conceptualizaciones que le fueron dando forma para finalmente construir dispositivos nuevos, artesanales, a la medida de las situaciones analíticas actuales, pero en continuidad con el espíritu freudiano puesto en su creación.

De este modo se puede distinguir una dimensión cartográfica donde divide la historia del psicoanálisis transformándolo en objeto de investigación, en tres etapas: freudiana, post freudiana y contemporánea, esta última como momento en plena construcción. Y una dimensión arquitectónica donde desarrolla una metapsicología y

pensamiento clínico en su búsqueda de dar respuestas a los desafíos planteados en la escucha de la clínica de hoy (Urribarri, 2021).

Lo contemporáneo por lo tanto desde la perspectiva de Green, es un reconocimiento de que el malestar cultural actual es un momento específico en el campo histórico – social, que atraviesa a su vez el campo de la clínica psicoanalítica, en la cual se distingue un predominio de la pulsión de muerte que lleva a la autodestrucción, por lo que lo conceptualiza como destructividad. (Urribarri, 2021).

Esto es lo que se hizo visible en el año 75, por lo que Green, en compañía de autores que se separaron de las escuelas post freudianas del momento, principalmente de la lacaniana, inauguran un Programa de estudio de los límites de la analizabilidad. La que posteriormente y por propuesta de Fernando Urribarri, se le llamará Programa de Investigación Contemporánea (Urribarri, 2021).

El espíritu de este programa, es dejárselo a las nuevas generaciones, en palabras de Urribarri, a partir del cual puedan construir un nuevo paradigma psicoanalítico. Este Programa de investigación se define abierto y, además: “se plantea como sujeto, es decir, la validación o falsación a partir de las investigaciones, y no como un discurso para que los analistas se identifiquen con él y hablen y sustituyan su nombre propio por el de algún autor” (Urribarri, 2021, clase 29/09, min. 38:20).

Es propuesto como un Programa de participación activa, en la que los integrantes aportan los resultados de sus propias elaboraciones teórico – clínicas, a partir de un trabajo de estudio, investigación y apropiación de la obra de otros autores, reconociendo las distancias históricas y epistemológicas, estableciendo los límites de los modelos y haciendo sus propias elecciones y especificándolas (Urribarri, 2021).

En cuanto al contenido de dicho Programa, la investigación no se enfoca desde el punto de vista psicopatológico sino desde conceptos desarrollados por Green en la clínica como el estudio de las formas específicas que toma la transferencia límite, la locura privada, que es una forma de pensamiento no detectable en las entrevistas sino en la transferencia, las lógicas que rigen el pensamiento inconsciente no – neurótico, que denomina lógica de la desesperanza y de la indiferencia, el protagonismo de las pasiones de vida y muerte, así como de los mecanismos de defensa detectados en el narcisismo negativo, que este autor conceptualizó como narcisismo de muerte (Urribarri,2021)

Específicamente lo que se investiga durante la transferencia es la forma en que funciona la representación y lo irrepresentable en el encuadre analítico. Debido a que tanto para Piera Aulagnier, como para André Green, esta es la función básica del psiquismo para cada sujeto: otorgar sentido a sus experiencias psíquicas, representar. Estableciendo una diferencia con el modelo freudiano clásico donde la función básica

es ocupada por la homeostasis: el mantenimiento del equilibrio interno (Urribarri, 2021).

Para contener estas nuevas formas psíquicas ha de ser necesario adaptar las herramientas de trabajo, las concepciones del analista, un trabajo del analista sobre sí mismo, para lograr ir más allá de la atención flotante, la interpretación, las metáforas de las figuras parentales en la transferencia, priorizando principalmente su función simbolizante:

...la investigación específica para acceder a la especificidad de los estados límite si hay que ponerlo en muy pocas palabras consiste en esto: en recalibrar la escucha del analista a partir de una brújula que siga los movimientos de la representación y de lo irrepresentable en el encuadre analítico. (Urribarri, 2021, clase 20/10, min. 27:50)

Por lo que vemos que la forma de detectar si el análisis será posible, es en el trabajo mediante la escucha clínica en el transcurso de las entrevistas previas, percibiendo si se establece el par analítico, si emerge el objeto analítico, la terceridad en el análisis durante estos encuentros: “el pensamiento loco del analista debe ir al encuentro de la transferencia loca del paciente” (Urribarri, 2021, clase 20/10, min. 39:30):

Cada par analítico singular tiene que poder definir si ese par que van a crear es capaz de hacer música juntos...el músico o el solista trae su canción y el músico que está especializado en ser músico de sesión, ...tiene que ser capaz de entrar en el mundo de ese compositor de ese artista para poder en la sesión de grabación musical, trabajar con esas canciones. (Urribarri, 2021, clase 20/10, min. 32:15)

Mediante la escucha clínica enmarcada en el encuadre como matriz de simbolización, deben de poderse distinguir pulsiones, mociones pulsionales conceptualizadas como expresión psíquica de lo pulsional, expresiones de afecto o falta de él, que para estos autores es un modo de simbolización primaria, la que puede aparecer ligada o desligada, representaciones de cosa y de palabra. Las representaciones y lo irrepresentable que puede surgir en forma tanto de moción pulsional invadiendo, pero sin ligarse o de destructividad que desliga (Urribarri, 2021).

Esto sucede debido a que, según la teorización de estos autores la sintomatología de los estados límite pueden comprenderse como consecuencia de lo que llaman un desencuentro radical con los objetos primarios. Razón por la cual el trabajo de escucha se transforma principalmente en descifrar, simbolizar, en detectar los conflictos del yo desarrollados en dos zonas limítrofes, conceptualizadas por Green como el doble límite: uno con el ello y el otro con el exterior (Green, 2014).

Exterior que en el proceso de análisis se deposita en el encuadre y mediante la transferencia y su efecto inconciente en el analista, mediante la contratransferencia, la cual, según Urribarri, no es usada por el analista, sino que el analista es usado, es

objeto. Percibida mediante el concepto de tercer oído, como “ruido” que es necesario representar y a su vez simbolizar en el contexto y desde el material que brinda el analizado, desde la perspectiva de la constitución terciaria (Urribarri, 2021).

No es fácil dice Green, lograr la atención flotante necesaria para la escucha analítica. Esta se hace desde una doble perspectiva. La primera en escucha de localizar el conflicto de quien habla durante el análisis. Por el otro, la manera en que este diálogo es dirigido hacia el terapeuta. Si lo involucra, como lo involucra. A su vez dentro del relato, se debe percibir más allá del mismo como unidad, el centro sobre el cual gira, aquello que pugna por salir hacia la conciencia. Cuando comienza el analista a intuir cuál es ese centro o centros, debe cambiar su atención flotante por agudeza investigadora (Green, 2014).

La regla fundamental e ideal de hablar sin enjuiciar, sin ponerse límite para el analizado, favorece el diálogo y lo empuja a buscar alivio a través del decir. Pero al mismo tiempo es asediado por el temor imaginario de que la acción de decir se le figura unida a la acción de hacer. Se establecería así, un conflicto entre la imagen de sí que busca devolverse el yo y las amenazas de los objetos con los que evita entrar en contacto o se defiende por temor a que amenacen su equilibrio. Se detectaría por parte del analista en la escucha, en el transitar de la situación analítica un doble discurso superpuesto, el de la demanda en la consulta y sobre él como objeto desde las pulsiones inconcientes (Green, 2014).

Muchas preguntas hay aún para formular, muchos modelos para generar y conceptualizaciones en estas experiencias de escucha clínica en el marco de generar un paradigma contemporáneo psicoanalítico. El cual es dejado como legado abierto por Green y trabajado por numerosos autores que investigan y aplican, como enseñó a hacerlo Freud, hasta el último día de su vida, actualizando la herramienta, con la completa convicción de que, de este modo, el psicoanálisis acompañará los cambios socio – históricos del momento presente, así como los del futuro.

3) Reflexiones

El recorrido realizado en la Facultad de Psicología me deja un bagaje de saberes, que componen el acervo sobre el que se asienta la disciplina, los orígenes desde donde parte, su epistemología, la riqueza de su cuerpo teórico, las múltiples conceptualizaciones de pensadores que han destacado, perdurado por considerarse invaluable en sus aportes a la cultura de la humanidad y que componen el cuerpo de doctrina de estos estudios.

Los cuales cuentan con una particularidad que es percibida cuando se toma contacto con el área de la clínica: la teoría no explica el trabajo del terapeuta, solo es posible describir la técnica y el resultado a lograr, no es posible describir que se hace cuando se percibe, como se detecta lo diferente en la escucha del otro, se debe pasar por la experiencia. Estar presente en algún momento en que sucede. Percibir en torno a qué está girando un relato, percibir la transferencia sin perderse en ella, significar la contratransferencia. Transformar la escucha de algo implícito, en escucha clínica.

Para Freud la clave llegó de la mano de su dificultad de dominar la técnica del hipnotismo. Pero a su vez el haberla aplicado le permitió la certeza de que por el método de la asociación libre y la escucha en atención flotante salían a la superficie de la conciencia lo que su paciente decía bajo hipnosis o sonambulismo. Era necesario que el analizado pronunciara, declarara, aquello que él había detectado que era lo reprimido, para hacérselo a su vez oír, volverlo a pronunciar con el peso del significado. Queda así remarcada la importancia de la escucha en el quehacer clínico.

Este aspecto convoca a su análisis dado que deviene en una de las herramientas técnicas más importantes. Al iniciar este camino de profundización en el tema, va vislumbrándose el problema de que la escucha en sí misma es teorizada a partir de aspectos que la sostienen y le dan forma, como son el encuadre, la regla de abstinencia luego, se incluyen aspectos como la transferencia y contratransferencia.

Por estas características de la escucha como herramienta es que se destaca a Bleger por su capacidad para discernir, conceptualizar y profundizar aquellas características que transforman tanto la entrevista, como el encuadre, en dispositivos adecuados, capaces de producir y reproducir el efecto buscado: generar el vínculo y marco adecuados donde surja el deseo de hablar, en una fantasía parental, al resguardo del mundo exterior, sin juicios censurantes.

Green detecta la clave. Esta particularidad del lenguaje cuando lleva en sí la enunciación desde lo reprimido y como Freud lo explica, debe ser captado por quien escucha, incluso bajo el aspecto disimulado, invertido o como elemento ausente, para enfrentarlo con quien lo ha enunciado, en forma de escucha desde otro, para que llegue a su conciencia y se signifique.

Por eso desde la admiración de Fernando Urribarri por André Green, escuchamos el relato de su recorrido, desde su regreso al origen, estudiando el proceso mediante el cual Freud fue generando las herramientas como respuestas a lo acontecido en su clínica y no a la inversa. Como tomó de Bleger su asertiva conceptualización, que perdura en el tiempo, de las estructuras mediante las cuales se hace posible la escucha en la situación analítica y luego, como se impulsa más allá de todo lo ya

probado para producir metapsicología nueva y contener lo que su grupo de investigación conceptualizarían como contemporáneo: formas de dar respuesta en análisis a las nuevas estructuras psicológicas producidas por entrecruzamientos socio – históricos y tecnológicos que han variado la subjetividad a nivel global.

Porque estas estructuras como nos relatan Viñar y Hornstein, durante el análisis, suelen hablar en forma verborragica, sin contenido ni conectarse con la emoción, no escuchan las devoluciones del analista y abandonan sin dar tiempo a que inicie el análisis. Green y los demás autores contemporáneos necesitaron crear metodología psicoanalítica que permita que estos pacientes acepten el retorno de la subjetividad que pasa por el otro, que se escuchan a sí mismos, para que en par analítico y respaldados por la terceridad sea posible elaborar la escucha y dirigirse juntos hacia la simbolización, donde no solo el analista escucha al analizado, sino que se escucha a sí mismo en pleno trabajo.

Este es el atractivo de la concepción contemporánea de Green, que propone estudiar los modelos con que se explica el funcionamiento psíquico, pero no como fórmulas de repetición sino desde el aprehender, que permita a su vez aplicar, investigar y ofrecer perspectivas, para crear en la comunidad psicoanalítica.

Plenamente concientes de que los grandes cambios en cualquier área de la humanidad, o del mundo en sí se verá reflejado en los padeceres de quien llega como emergente, de situaciones que también nos atraviesan, como sucedió recientemente con el virus Covid 19. Donde la comunidad psicoanalítica fue capaz de aplicar el encuadre internalizado en las consultas virtuales, adaptándose con rapidez, demostrando versatilidad y capacidad de renovación.

Pero aun quedan muchas preguntas y cuestiones por investigar. Conceptualizar sobre estas nuevas maneras de analizar, unificar criterios, visualizar cuestiones muy favorables del uso de la tecnología, pero también buscar donde el método falla en este nuevo formato. Cuestiones que solo se pueden contestar preservando el concepto del psicoanálisis como un método de investigación, tomando el crecimiento constante como ética personal y aplicando la escucha, no solo en la clínica sino también en las instituciones y comunidades psicoanalíticas que nos unen.

4) Referencias bibliográficas

Alizade, A. M. (2002). *Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica*. Fepal – XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Ciudad: Montevideo. Setiembre, 2002

- Baranger, M.; Baranger, W.; Mom, J. (2002).** *Proceso y no proceso en el trabajo analítico. Cambios y permanencias.* Revista Psicoanalítica Argentina, v.39, n.4, p.527-49, 1982. Asociación Psicoanalítica Argentina. Revista FEPAL, p. 114 – 131, 2002
- Bleger, J. (1964).** *La Entrevista Psicológica. Su empleo en el diagnóstico y la investigación.* Ficha editada por el Departamento de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, 1964.
- Bleger, J. (1967).** *Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. Simbiosis y ambigüedad: estudio psicoanalítico.* (Biblioteca de Psiquiatría, Psicopatología y Psicósomática,42). Lo: B615s, p. 237 – 250. Ciudad: Buenos Aires. Paidós, 1967.
- Etchegoyen, R. H. (1997).** *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica.* Ciudad: Buenos Aires. Amorrortu editores, 1997.
- Freud, S. (1890).** *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma) – Obras completas – Tomo I.* Ciudad: Buenos Aires. Amorrortu. (1886 – 1899). Edición digital.
- *Informe sobre mis estudios en París y Berlín. Realizados con una beca de viaje del Fondo de Jubileo de la Universidad (octubre de 1885 - marzo de 1886) (1956 [1886])*
 - *Histeria (1888)*
- Freud, S. (1893).** *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar (Breuer y Freud) – Obras completas – Tomo II.* Ciudad: Buenos Aires. Amorrortu. 1893 – 1895. Edición digital.
- *(1889) Señora Emmy von N. (40 años de Livonia) (Freud)*
 - *(1892) Miss Lucy R. (30 años) (Freud)*
 - *IV Sobre la psicoterapia de la histeria (Freud)*
- Freud, S. (1901).** *VII Olvido de Impresiones y de designios. Psicopatología de la vida cotidiana.* Obras completas. Tomo VI. Ciudad: Buenos Aires. Amorrortu. 1901. Edición digital.
- Freud, S. (1905 [1901]).** *Fragmento de un caso de histeria (Dora).* Obras completas. Tomo VII. Ciudad: Buenos Aires. Amorrortu. 1901 – 1905. Edición digital.
- *El método psicoanalítico de Freud (1904 [1903])*
 - *Sobre psicoterapia (1905 [1904])*
- Freud, S. (1910).** *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica.* Obras completas. Tomo XI. Ciudad: Buenos Aires. Amorrortu. 1910. Edición digital.
- Freud, S. (1912).** *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico.* Obras completas. Tomo XII. Ciudad: Buenos Aires. Amorrortu. 1911 – 1913. Edición

digital.

- (1912) *Sobre la dinámica de la transferencia.*
- (1913) *Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I)*
- (1914) *Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)*
- (1915 [1914]) *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III)*

Freud, S. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica I)*. Obras completas. Tomo XVII. Ciudad: Buenos Aires. Amorrortu. 1917 – 1919

- (1919 [1918]) *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica.*

Freud, S. (1937). *Construcciones en el análisis*. Obras completas. Tomo XXIII. Ciudad: Buenos Aires. Amorrortu. 1937 – 1939

Glasserman, D. (2017). *Fragmentos sobre la escucha*. Psicoanálisis - Vol. XXXIX – n. 1 y 2 - 2017 - pp. 135-142

Green, A. (2014). *El pensamiento clínico*. Ciudad: Buenos Aires. Amorrortu. 2014.

Hernández, R. (2014). *Lo real: el nudo Freud-Lacan*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Ciudad: Madrid. 2013 - 2014

Hornstein, L. (2010). *Narcisismo. Autoestima, identidad, alteridad*. Ciudad: Buenos Aires. Editorial Paidós. 2010. ISBN 978 – 950 – 12 – 4225 – 6

Hornstein, L. (2018). *Escucha y práctica analítica*. Revista uruguaya de psicoanálisis. (en línea) (126): 106-121 ISSN: 1688 7247

Laplanche, J.; Pontalis, J.B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Ciudad: Santiago del Estero 338, Lanús, en mayo de 2004. Impreso en Gráfica MPS. ISBN 950-12-7321-0. <http://psikolibro.blogspot.com>

Lipovetsky, G. (1983). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Ciudad: Barcelona. Editorial Anagrama. Primera edición 1986

Schroeder D. (coord.), Bertúa F., Francia P., Gómez M., López A. y Ponce de León E. (2010). *El concepto de encuadre en la Revista Uruguaya de Psicoanálisis (1956 – 2010) y en la Biblioteca de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 2010; 111: 203 – 227. ISSN 1688-7247 (2010) Revista uruguaya de Psicoanálisis (En línea) (111)

Uribarri, F. (2021). *Del Pensamiento Clínico al Paradigma Contemporáneo (Clase 1)*. Actividad conjunta Comisión Directiva Secretaría Científica. APA Asociación Psicoanalítica Argentina: 29 – 09 – 2021. <https://youtu.be/mL7w0wKw7Lc>

Uribarri, F. (2021). *Del Pensamiento Clínico al Paradigma Contemporáneo (Clase 2)*.

Actividad conjunta Comisión Directiva Secretaría Científica. APA Asociación Psicoanalítica Argentina: 06 – 10 – 2021. https://youtu.be/5g-OMeup8_c

Urribarri, F. (2021). *Del Pensamiento Clínico al Paradigma Contemporáneo (Clase 3)*.

Actividad conjunta Comisión Directiva Secretaría Científica. APA Asociación Psicoanalítica Argentina: 20 – 10 – 2021. <https://youtu.be/kXhc2znYoAU>

Vargas Melgarejo, L.M. (1994). *Sobre el concepto de percepción*. Alteridades. ISSN: 0188 7017 alte@xanum.uam.mx Universidad Autónoma Metropolitana Unidad, Iztapalapa: México

Alteridades, vol. 4, núm. 8, 1994, pp. 47-53. Distrito Federal, México Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>

Viñar, M. (2020). *Actualidad del Psicoanálisis. Cabalgando entre el balance y la prospectiva*. CAP 2020 – M N V enero, 2020 - M N Viñar junio, 2020 – (material inédito)

Viñar, M. (2020). *Pensando en Freud en el S XXI, Yo y el otro en la formación analítica*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, Set. 2020, Recuperado de: publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/issue/view/3/1