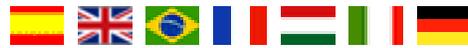


EL ESPACIO ECTÓPICO DE LA CONTRATANSFERENCIA.



Luís Vicente Miguez

Voy a ocuparme de las presencias del analista en la cura. De su mirada y de su escucha abiertas a una receptividad inconsciente del paciente. También de qué manera esa receptividad posee valor de acontecimiento verdadero para el analizante. Hoy quería que conversemos sobre algunas reflexiones sobre la contratransferencia. Es un tema bastante problemático y difícil de abordar, tiene muchas aristas y es controvertido.

Voy a desarrollar algunos puntos que vengo pensando acerca de cómo entiendo que puede intervenir un fenómeno contratransferencial en la dirección de un tratamiento o como puede éste contribuir para el desarrollo de una cura analítica.

Freud en “Consejos al médico” plantea que la comunicación que se da en el tratamiento analítico es de inconsciente a inconsciente, y que el inconsciente del analista funciona como órgano receptor de lo inconsciente del paciente. Esto exige de una precisión que vamos a ir trabajando. Propone de entrada que el analista debería valerse de su inconsciente como un órgano privilegiado para trabajar en el análisis. Esta afirmación está totalmente emparentada con la idea de la atención flotante. Freud dice, en el caso Juanito, que nuestra tarea no consiste en comprender rápidamente. Me parece importante esta afirmación, por el lado de que para ejercer la clínica analítica hay que dejar el juicio en suspenso y permitir que se vayan presentando las cuestiones a esa atención flotante. Esta es la disposición del analista a la escucha.

Pienso que esto es solidario con la idea de sobredeterminación y de multiplicidad para abordar los síntomas o cualquier manifestación del inconsciente. No tomarlos como una totalidad, ni darles rápidamente sentido. Se trabaja con indicios que van permitiendo la reconstrucción del material.

Freud plantea desde un principio, tanto en “Consejos al médico” como en “Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica” artículos técnicos en los que va formulando los pasos fundamentales de una cura en la que se ha hecho visible la contratransferencia que surge en el médico, bajo el influjo del paciente sobre su sentir inconsciente. Seguidamente subraya que ningún analista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas. Entonces concluye que a la contratransferencia habría que reconocerla y vencerla, y la considera en la línea de las resistencias. El transcurso de un análisis despierta del lado del analista aquellos fantasmas no analizados o aquellas posiciones subjetivas no analizadas que producen sentimientos, ciertas emociones que hay que reconocerlas y vencerlas. Sostiene Freud, coincidente con la primera posición en relación a la transferencia, la idea de que los fenómenos contratransferenciales son un obstáculo para la cura, que habría que reconocer y vencer.

De la afirmación de que ningún analista puede ir más allá de lo que le permiten sus propios complejos surge una concepción de la transmisión del psicoanálisis y de la formación del analista que dio lugar al análisis didáctico y a la supervisión de casos. Todas las instituciones de psicoanálisis en ese momento adhieren a esa perspectiva para la formación de psicoanalistas. Consideran que es necesario avanzar lo más posible en el análisis del analista, pues se considera acertadamente que la resistencia pasa por lo no analizado de éste. Se apunta a ampliar las fronteras del psicoanálisis y posibilitar un mayor conocimiento de lo inconsciente.

Entonces tenemos que la contratransferencia es descripta como un obstáculo, como resistencia del

analista. Son esos sentimientos que surgen en la cura y que son provocados por el influjo del paciente al alcanzar aspectos nodulares y reprimidos en el analista. Se presentan principalmente como sentimientos perturbadores del desarrollo del análisis.

Unos años más tarde, a principios de la década del treinta, Ferenczi se va a ocupar de cuestiones relacionadas con las emociones del analista y va a interrogarse sobre el lugar que tiene la abstinencia en una cura. Se va a ocupar de la presencia de las emociones del analista en el análisis. Me voy a referir brevemente a esto, es algo que hemos trabajado en otros años. Voy a hacer solamente mención de algunas cuestiones que me servirán para ir abordando el tema.

Ferenczi parte en sus propuestas clínicas de la reformulación que hace del hecho traumático. No pone el acento en el suceso mismo sino en lo que lo vuelve verdaderamente traumático, eso es, la negación del hecho mismo por parte del adulto implicado. Una situación que puede ser de agresión o de abuso sexual y que no es reconocida por el adulto como un hecho cierto, sino que realiza una profunda negación del mismo, se vuelve traumática para el sujeto infantil que la padece. Un profundo sentimiento de culpa plantea Ferenczi que se apodera del niño. La fuente principal de este sentimiento de culpa es una identificación con la culpa del otro.

Para Ferenczi la repetición transferencial de lo traumático en la escena analítica exige del analista una acción eficaz. Para lo cual debe estar advertido de que la hipocresía del adulto es lo que hace que un suceso acaecido en la infancia adquiera dimensión traumática. En correlación con esto, piensa que una situación de análisis en la que el analista presente una conducta hipócrita va a revivir y a reproducir de manera traumatogénica esta escena. Lo que viene a reproducirse en transferencia es la desconfianza del sujeto en el otro y la del sujeto en sus propias percepciones de lo que le ha acaecido. Da algunos ejemplos al respecto. El de un analista que ante un comentario de su paciente de que lo ve apesadumbrado inmediatamente interpreta y rechaza esa percepción del paciente sobre sí. La toma exclusivamente como una proyección del paciente reproduciendo en transferencia la situación de hipocresía acaecida en la infancia. El paciente queda nuevamente desconocido en sus propias percepciones, desconocido en su percepción de la realidad del otro.

Ferenczi se va a ocupar de estas situaciones en varios de sus artículos, por ejemplo, en “Confusión de lenguas entre el adulto y el niño”. Hay otro artículo muy interesante que se titula “Psicoanálisis de niños con adultos” donde se refiere a aquellos pacientes que establecen en la cura una gran regresión y dependencia y donde es necesario que el analista acompañe afectivamente esa regresión del paciente. La técnica de relajación y tolerancia con la que al final de su vida comienza a experimentar forma parte de las innovaciones que Ferenczi introduce en la técnica analítica y son intentos de alguien que tenía mucha sensibilidad a lo que la clínica planteaba como dificultades en el terreno de la cura. Ferenczi poseía una gran disposición a investigar en la clínica y también una capacidad de autocrítica sobre lo que iba intentando. Esta actitud lo llevó a abordar permanentemente aquello que concierne a la posición del analista en la cura y a ocuparse de pacientes muy graves para los que el psicoanálisis estaba casi contraindicado. Paciente que presentaban un nivel de regresión tan importante que exigían del analista una participación más activa, una mayor implicación en el tratamiento.

Él se enfrenta entonces a cierta actitud fría y distante considerada como abstinencia y que escondía más que nada una dificultad de implicación por parte del analista. El peligro que veía en esas actitudes era que ponían exclusivamente del lado del paciente toda la responsabilidad de lo que ocurría afectivamente en el tratamiento.

El insiste también en la necesidad de que un analista deba ser principalmente sincero, afectuoso y tolerante con su paciente. Cosa con la que creo podemos coincidir la mayoría, pero que tampoco hace que esto sea una cosa fácil de lograr en el trabajo analítico. ¿Qué quiere decir esto? Sería cuestión de preguntarnos en cada análisis como funciona esto, pero lo que me parece valioso considerar de los puntos de vista de Ferenczi es que se opone firmemente a una posición rígida de un analista en la que nunca demostraría sus emociones. Su preocupación era la de poner cuidado en no reproducir por parte del analista en la repetición transferencial, lo traumático de la actitud hipócrita del adulto frente al niño. Todas estas indicaciones fueron de mucha utilidad para abordar casos graves en donde de lo que se trataba primordialmente era de que en

transferencia se pudiese restituir la confianza en el otro.

Winnicott que fue discípulo de Ferenczi va a tomar estas ideas a su manera. Él también va a preocuparse por la cuestión de las emociones del analista. Tiene artículos específicos sobre la contratransferencia. Se va a ocupar del abordaje de niños antisociales por parte del analista y me parece que esto también lo lleva a plantearse interrogantes en torno al manejo específico de los sentimientos y las emociones que despiertan en el analista estos análisis.

El plantea que ahí donde se trata de niños deprivados, niños donde la falla ambiental primera fue severa, la confianza en el analista funciona como restitutiva de lo que han experimentado respecto del Otro materno o de lo que no han experimentado respecto del Otro materno. En estos casos Winnicott se plantea que la dependencia en la transferencia es máxima y moviliza al analista a actuar en consecuencia, dice al respecto que “someten la integridad del terapeuta a una gran tensión por cuanto necesitan realmente el contacto humano y la manifestación de sentimientos reales”. “Pero también necesitan confiar absolutamente en una relación que los coloca en una situación de máxima dependencia”. Esa máxima dependencia y esa confianza que necesitan va a estar permanentemente puesta a prueba ya que se tiende a repetir transferencialmente la pérdida de la confianza. Es decir, transferencialmente se manifiesta una necesidad de volver a recuperar o restituir una confianza perdida o que nunca se tuvo en el Otro, pero que al mismo tiempo es permanentemente puesta a prueba. Eso lo lleva a decir que la exigencia que plantean estos casos es máxima, que estas situaciones analíticas someten a la integridad del terapeuta a una gran tensión, a una verdadera prueba.

Entonces, primero Ferenczi y luego Winnicott van a situar principalmente, para determinados casos la necesidad de restablecer una relación de confianza con el Otro y son de la idea que esa es la primera jugada importante en esos análisis. Confianza que va a ser puesta permanentemente a prueba. Esto los llevó a ambos a hacer un cuestionamiento de la abstinencia como neutralidad, y a criticar cierta frialdad y distancia que asumía la práctica analítica. Cierta burocratización del hacer analítico.

Comparto estas posiciones y las considero direcciones fundamentales para un tratamiento posible con pacientes graves. Las opiniones de Ferenczi y de Winnicott permiten entender que en un tratamiento no solo se trata de interpretar lo reprimido sino de restituir en transferencia aquellas condiciones que han fallado enormemente en el vínculo primario.

Ahora vamos a los casos de pacientes menos graves, situémonos en el plano de una neurosis, si me permiten formularlo así, mejor constituida. No falta la base para esa confianza que extrañamos en los otros pacientes, o que aparece deficitariamente. Esta confianza en el Otro en estos pacientes es más firme, más segura. El analista no es tan intempestivamente convocado a aquellas manifestaciones emocionales de las que hablaba Winnicott, entonces el desarrollo de la cura seguiría el trayecto, entre comillas, habitual. Sueños, fallidos, recuerdos de la infancia, recuerdos encubridores, relatos actuales donde sería posible ejercitar la atención flotante tranquilamente para ir pescando cada tanto algún significativo que haga al deseo reprimido. Lo de tranquilamente tómenlo como a cada uno le resuene. Ahora, bien sabemos que esta situación no se sostiene permanentemente a lo largo de un análisis, que la transferencia (y lo experimentamos habitualmente), tiene tiempos de calma y tiempos donde se desatan las turbulencias emocionales que no hacen del análisis un transcurrir tranquilo y amable. Freud da cuenta de esto en el caso Dora. Recién después de concluido puede descubrir su situación con respecto a la transferencia, y nos informa en una nota al pie del caso publicado, que había quedado identificado a la posición del señor K, descuidando toda una vertiente de lo que podía querer una mujer al respecto, digamos de la femineidad. Esto, efectivamente, forma parte de las turbulencias emocionales en transferencia. Dora le plantea a Freud algunas cuestiones que tenían que ver con su propia neurosis. Tal es así que este caso influye de manera contundente en la posición que toma Freud más tarde en relación a la contratransferencia como fundamentalmente resistencial. Esto es algo que dejo para reflexionar.

Freud en otro comentario hecho como al pasar a Hilda Doolittle, quien fue una poeta y además fue su paciente refiriéndose a la posición de Ferenczi de acompañar la posición regresiva del paciente con una posición afectiva más dedicada, más maternalmente dispuesta, dice que a él se le hace muy difícil que se lo tome como madre en la transferencia y agrega “será porque tengo una posición muy masculina”. Esto es

ilustrativo de cómo efectivamente la transferencia analítica convoca a situaciones que son problemáticas para el analista, que despiertan resistencias fantasmáticas en el analista.

La situación transferencial, cargada de pasiones amorosas y asesinas, mueve en el analista sentimientos que deberá saber manejar para poder continuar con la cura. Este manejo efectivamente pone en juego su propio análisis, poniendo esa turbulencia transferencial bajo control.

Entonces, la situación transferencial sea de pacientes más, menos o poco graves desencadena procesos inconscientes en el analista, de esto estamos todos dando testimonio permanentemente. Es necesario, como aconsejaba Freud, que esos sentimientos sean puestos en análisis, es decir poderlos reconocer como lo que despierta el proceso de una cura, enlazados con lo no analizado en el analista. Esta es la manera en que entiendo significa poner en análisis aquellas cuestiones que se despiertan contratransferencialmente. Estamos considerando así la contratransferencia en su cara resistencial, de obstáculo, por eso decía se tomó al análisis y a la supervisión como imprescindibles para la formación.

Posteriormente otra dirección se va imponiendo en los años 50 se ha tomado a la contratransferencia como el reflejo de sentimientos o de las intenciones o de deseos inconscientes del paciente. Sería una manera de aprehender lo que el paciente pretende de uno en la transferencia. Es decir, que mediante el uso de la contratransferencia, el analista podría entender qué es lo que le pasa al paciente. Sus sentimientos surgidos en el tratamiento le informan sobre cuáles son los impulsos inconscientes que le dirige el paciente en calidad de objeto de transferencia. Así, un poco burdamente, se llegó a sostener que un estado de aburrimiento del analista era originado porque el paciente quería controlar y anular su eficacia terapéutica, es decir, por un impulso de castración dirigido hacia el analista. Digo burdamente porque se termina desconociendo ahí toda implicación propia del analista y éste como les decía la vez pasada se presenta como un espejo; puro reflejo de los impulsos conscientes o inconscientes del paciente. Transforma así en abuso el uso de la contratransferencia, prácticamente rayando con cierta ridiculez. Hace de una herramienta útil algo totalmente paródico. Todo lo que sentía el analista durante el tratamiento devenía en mero reflejo de algún impulso inconsciente del paciente. Si este analista estaba aburrido por otra cosa no se enteraba, era siempre en respuesta especular a algún impulso del paciente.

Las consecuencias de esto fueron una falta de implicación del analista en los análisis que conducía y acentuó esa teoría del espejo. Quiero resituar la problemática de la contratransferencia y poner en discusión con ustedes algunas de las ideas que vengo pensando.

Seguramente el título de esta conferencia, “El espacio ectópico de la contratransferencia” despertó asociaciones en unos y en otros curiosidad. Voy a tomar un punto que me parece clave que es el situar algunas de las manifestaciones contratransferenciales en un lugar diferente al de resistencia del analista o al del reflejo de los impulsos inconscientes del paciente. Quiero poner la cuestión en otro sitio, no proviniendo ni enteramente del analista, de sus complejos no analizados, ni surgiendo enteramente de los impulsos inconscientes del analizado.

Cuando digo espacio ectópico estoy refiriéndome a un fuera de lugar, a un lugar problemático, difícil de localizar, un topo anómalo. Mi idea es pensar a algunos de los fenómenos contratransferenciales como herramientas de utilidad para el análisis.

Con esto no descarto su cara resistencial, que sea obstáculo para el tratamiento, es decir aquello que resiste la continuación del tratamiento del lado del analista, pero quiero ocuparme de lo que sirve para el trabajo analítico. Pretendo redimensionar lo que decía al principio de la conferencia, la importancia de la comunicación de inconsciente a inconsciente ya que efectivamente la contratransferencia es algo que se produce en lo inconsciente del analista que pone en juego algo que es de mucha importancia para el paciente.

Para poder explicar esto necesito recordar en qué condiciones se desarrolla un análisis. Si bien en un tratamiento analítico estamos en una relación de dos, no se trata de una situación dual. Es un acontecimiento en el que participan dos personas, pero cuya estructura determinante no es dual, no se desarrolla en el campo de la interacción de dos personas. Primero porque la subjetividad de la que se trata es la del paciente, en esto quiero poner el acento, es esta la que se va a desplegar en el análisis. El trabajo sobre esa subjetividad

conlleva una puesta en escena de una trama donde intervienen los otros significativos del paciente. Este despliegue de los otros significativos del paciente se produce en el marco de una escena transferencial donde el analista queda fundamentalmente tomado, no como sujeto de una relación intersubjetiva, sino como objeto de la transferencia en una dimensión fantasmática. Es por eso que no se puede pensar la práctica psicoanalítica manifestándose en el campo de la interacción de dos sujetos.

Este es el contexto donde tradicionalmente se desarrolla una cura analítica. Entonces, mi pregunta es de qué manera los sentimientos contratransferenciales que se despiertan en el analista pueden ser aprovechados por el trabajo del análisis.

En la conferencia anterior, “En el espejo de Narciso”, mencioné brevemente al finalizar cómo pensaba la contratransferencia. Lo hice al referirme a una viñeta de Winnicott. Esta viñeta clínica se refiere a un paciente que presentaba el síntoma de considerarse inauténtico, todo lo que le sucedía en la vida estaba marcado por ese carácter de profunda inautenticidad. Ya lo he comentado en otras oportunidades así que me adelanto al punto que quiero precisar en ese ejemplo. Me interesaba recortar en él la intervención de Winnicott, subrayar el hecho de que surja de lo que para mí es un buen uso de la contratransferencia. Winnicott no habla ahí de contratransferencia, si no que soy yo quien lee en esa intervención un buen uso de la contratransferencia. ¿Por qué digo esto? Recordarán aquellos que me escucharon la vez pasada que la intervención de Winnicott estaba dividida en dos momentos. Primero le había formulado al paciente algo así como “lo veo y lo escucho hablar como una mujer refiriéndose a la envidia del pene sabiendo que en mi diván hay un varón” y, luego del silencio del paciente y de un comentario que éste hace: “Si yo hablara de esta mujer a alguien me tratarían de loco”, Winnicott le dice “No, el loco soy yo porque viendo y escuchando un hombre sin embargo se me presenta a mi mirada una mujer hablando de la envidia del pene”.

Esta es una intervención que la pienso como una intervención en acto que pone al descubierto una enunciación. Esta no es ni del paciente ni del analista. Esta enunciación es la que determina el lugar desde donde es visto el paciente. Lo que pone en juego esta intervención en acto es una peculiar mirada materna. Recuerdan que era la mirada aquella que desmentía la realidad del nacimiento del paciente como varón, porque estaba sostenida por un deseo extremadamente poderoso de tener una nena. La intervención viene a poner al descubierto esta peculiar mirada materna. Es bajo el imperio de esta mirada que toman sentido los sentimientos de inautenticidad del paciente.

Las interpretaciones que en análisis anteriores le habían hecho al paciente sobre el deseo materno no modificaban ese sentimiento profundo de inautenticidad. Puede recién salir de eso y progresar en el análisis cuando descubre que está atrapado por esa mirada, que su inautenticidad está en relación a la mirada que lo sigue viendo como nena. Determinado por esa mirada loca a la que permanecía aferrado respondiendo con su inautenticidad a la demanda materna de tener una nena. Ahora bien, cuando Winnicott enuncia “el loco soy yo”, la segunda parte de la intervención, hay que tomarla al pie de la letra puesto que pone en juego aquello por lo que se siente tomado, por la mirada de la madre del paciente que ve una mujer donde hay un hombre. Con su intervención va a dar a ver esa mirada del Otro del paciente y se siente verdaderamente loco. No es un deseo homosexual lo que interpreta, ni a una identificación femenina (aunque aparece esta cuestión) sino apunta a dar a ver esa mirada bajo la que el paciente que permanece alienado.

Entonces, esto que se precipita en el analista, que Winnicott lo formula de esta manera “el loco soy yo” ¿cómo debemos situarlo? Primeramente, hay que tomarlo verdaderamente al pie de la letra. Uno se da cuenta por el texto que Winnicott queda sorprendido de lo que acaba de decir, que le plantea cierta incomodidad, cierta extrañeza por formular la interpretación de esa manera, pero que al mismo tiempo se le presenta con mucha intensidad e insistencia. Como si algo pugna por encontrar una formulación y la formulación es esta enunciación que él hace. Pienso que esta es una característica importante a subrayar, que se presenta como algo perturbador, que se manifiesta como una incomodidad, un sentimiento de extrañeza.

De ahí la ectopía que planteo en el título, el fuera de lugar que el analista no puede situar ni del lado del paciente ni del lado propio, es algo que lo habita, se podría decir, está poseído. Por eso quise producir intencionalmente una asociación en ustedes, cuando llamé a esta conferencia el espacio ectópico de la contratransferencia, con el embarazo ectópico, porque efectivamente la presentación contratransferencial

posee este carácter embarazoso para el analista. Este es un punto importante, delicado, pero necesario de reconocer y diferenciar de cualquier sentimiento que el analista tenga durante una cura.

Otros ejemplos para sumar a este de Winnicott, los tomo de mi propia clínica.

Una paciente a la que desde el momento inicial del tratamiento tuteo, paciente a la cual había conocido en circunstancias de una actividad docente, se me impone decirle Usted, tengo algunos fallidos en ese sentido, cosa que la paciente me hace notar con cierta gracia. Fallido tras fallido la situación se vuelve embarazosa, me resulta fastidioso el hecho de que me tenga que acordar cada vez que le hablo que la tengo que tratar de “vos”. Este Usted que se me impone, termino por interrogarlo, y lo interrogo con ella, lo que me permite descubrir que esta paciente, que se quejaba de que no se podía situar bien en el trabajo, trataba a todo el mundo de vos y hacía que la trataran igual. Le digo que sospecho que en eso hay algo de niña, es una paciente de más de cuarenta años, no estoy hablando de una persona de veinte.

Esto produce una asociación, un recuerdo de su infancia donde escucha o cree escuchar que su madre, ella es la última hija de una larga secuencia de hermanos, diciéndole que sea siempre una nena pequeña. Ella a su vez pensaba que si crecía, su madre se iba a morir pronto ya que era mayor que las madres de sus compañeras.

Otra viñeta, un paciente adolescente, un joven de 19 años, una persona atractiva, inteligente, que estaba totalmente paralizado en su vida, encerrado en sí mismo, consumía marihuana diariamente de manera que lo dejaba prácticamente todo el tiempo inactivo, sin poder desarrollar nada de lo que sería realmente capaz de hacer. En un momento de su tratamiento, a raíz de un sueño y de su interpretación se le plantea traerme algo de lo que produce. Me trae una carpeta con cuentos, dibujos y poemas. Me la deja, yo la veo y realmente me parecen muy buenos, los cuentos, los poemas y los dibujos. En la sesión siguiente me pregunta que me habían parecido, yo le digo que me interesaron, que me gustaron, y me dice “¿de verdad te interesaron, te parecieron interesantes?” y me encuentro diciéndole, “sí me parecieron más interesantes que vos”. Cuando me encuentro diciéndole esto, horror contratransferencial. Él al cabo de un momento de silencio me dice “no sabés el alivio que me da” y me confiesa que todo el tiempo se da cuenta que lo que quiere hacer de él es una obra de arte. Me cuenta también que tiene guardado todo lo que hizo desde que tenía dos años. Los dibujitos que hizo a los dos años los tiene todos juntos en esa carpeta de la que a mí me trajo una parte Los dibujitos de dos años, la composición la vaca del colegio y estos trabajos actuales, todo indiscriminado. Efectivamente esto estaba en el plano del ser él una obra de arte, todo estaba puesto bajo la mirada materna, es decir, él también consideraba el dibujito de los dos años como la madre puede considerarlo Bueno este “me interesan más que vos” separa algo de la obra de arte de la producción. Le permite, de alguna forma, separar su obra de sí mismo. Pasa de la exigencia de ser una obra de arte a trabajar en el objeto que se desprende de él. En poco tiempo llega con un amigo a publicar un comic, sigue escribiendo y ordena sus escritos para dar a publicación. Separa lo que considera bueno de lo que no.

Bueno, finalmente otra pequeña viñeta. Se refiere al olvido de un nombre. Comenzaba un tratamiento y me olvido del nombre del paciente, cosa que no me sucede, pero el hecho es que me olvido totalmente del nombre. Plantea un inconveniente: el paciente no se nombra a sí mismo, entonces no tengo forma de llegar a saber su nombre si no se lo vuelvo a preguntar. Viene esto sumado a que el paciente se queja de falta de reconocimiento. Como verán toda una situación por demás incomoda. Abreviando, en un momento mi olvido se me presenta como teniendo alguna vinculación con lo que para él es su nombre. No sé bien porque esto se me impone y le pregunto casi intempestivamente como fue que le pusieron su nombre. Ahí me entero de que el nombre que él lleva es el nombre del abuelo al que detesta.

Es un nombre que rechaza porque expresa el sometimiento de su propio padre a su abuelo, no es un nombre que lleve la marca del respeto o del cariño, sino del solo sometimiento hacia el abuelo. Además y esto es lo más peculiar que él, sin que prácticamente nadie lo sepa, se inventó un apodo con el que se habla a sí mismo. De esta manera, en silencio, rechaza este nombre que no puede asimilar, hacer suyo.

Bueno, en estas tres viñetas me encontré con sentimientos perturbadores durante el análisis, en una con el fastidio ante el fallido reiterado, en otra con la sorpresa y el extrañamiento por lo que le dije al joven y, en la última, con el desconcierto ante el olvido del nombre de mi paciente. Todas estas sensaciones se presentaron

como algo a lo que había que darle un lugar. Presentía que era algo que estaba referido a los análisis en curso pero no podía localizar. A pesar de eso tenía la seguridad de que no eran cuestiones de mi propia cosecha. Pienso que en estos casos la intervención que se precipita funciona a la manera de la construcción en el sentido freudiano del término, es decir es una elaboración del analista, en estos casos no consciente, destinada a reconstituir parte de la historia infantil del sujeto. ¿Qué parte de la historia infantil del sujeto? Fundamentalmente aquella en la que se encontró frente a una demanda imposible de un Otro significativo.

El sujeto, en el momento que consulta, se encuentra atrapado por una mirada o una demanda que son para él inconscientes y a las que responde con su síntoma.

Así por ejemplo podemos ver en el caso de Winnicott que la inautenticidad del paciente viene a sostener la mirada loca de la madre. En las otras viñetas clínicas vemos también el lugar que el síntoma ocupa en relación al Otro.

Lo que el analista trae al presente haciéndose eco del indicio contratransferencial es el lugar desde el cual el paciente está siendo interpelado por el Otro. Entonces, el analista trae al aquí y ahora de la cura una enunciación que permanecía oculta. Lo que ciertas emociones y conductas contratransferenciales presentan al analista es la pista de lo que la demanda del Otro está haciendo en el paciente. Toman para mí un sentido distinto de lo teorizado hasta hoy. No es reflejo de los impulsos inconscientes del paciente sobre el analista, sino que lo que quiero sugerir es que lo que el fenómeno contratransferencial puede poner al descubierto, en tanto lo consideremos en toda su amplitud, esto es el sentimiento más la intervención en acto del analista, no es lo que el paciente pretende de uno sino lo que el Otro pretende de él. Esto, que es inconsciente para el paciente, se presenta de manera ectópica en el analista, es en tanto en el analista resuenan los ecos del Otro del paciente, que se siente poseído de un sentimiento extraño, de un fuera de lugar, de una molestia que pulsa por un acto, por un desembarazarse de eso.

Esta circunstancia sitúa a la intervención en el filo de la cornisa, ya que puede tratarse de un acto o de un acting. Pone al analista al borde del acting.

¿Cómo manejarse en el filo de la cornisa? Yo creo que ahí deviene el análisis en algo que importa a lo singular, a lo específico de cada analista. A lo que hace de la función del analista algo en tanto aquel pueda trabajar sobre eso. Trabajar en el filo de esa cornisa. Esto nos obliga a pensar conceptualmente eso que hacemos espontáneamente, casi diría intuitivamente.

El fenómeno contratransferencial es un ruido que se produce en la atención flotante. Altera la atención tranquilamente flotante de un análisis. Algo se impone y empuja del lado del analista al acto. Ahora bien, estas manifestaciones contratransferenciales que entiéndase bien no son cualquier sentimiento que tenga el analista en el transcurso de un análisis, poseen un carácter enigmático que es necesario interrogar pero que no hay tiempo para interrogar. Hay algo enigmático y un fuera de tiempo. Hay que reconocerles la dimensión de irrupción sorpresiva que tienen. Debemos preguntarnos por este carácter sorpresivo, irruptivo asociado a ellas. Entiendo que algo de lo sorpresivo está dado por esa sensación de no saber quién habla en esa intervención, ya que no habló uno o no habló totalmente uno. La receptividad del inconsciente del analista pone en este caso en juego a los Otros que se dirigen al paciente. Son intervenciones que alteran el pretendido diálogo analítico, ya que introducen a un Otro en escena, por ejemplo, la locura de la mirada materna del caso de Winnicott.

Entonces para concluir, hacer oír al paciente eso que lo habita en tanto demanda del Otro permite que su discurso retorne desde el lugar al que verdaderamente va dirigido. Instala en acto una enunciación verdadera. Si la intervención es acertada tiene una fuerza realizativa, performativa, pues no refiere a algo de lo que cuenta el paciente, sea manifiesto o latente, no apunta a algo del orden del enunciado sino que señala al Otro al que el paciente está respondiendo sin saberlo.

Miguel, Luís Vicente

lmiguel@fibertel.com.ar

Conferencia del 2 de octubre 2002

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

S. Freud. Escritos técnicos. O.C. tomo II, Nueva Editorial Madrid

S. Ferenczi. Confusión de lengua entre el adulto y el niño. Análisis de niños con los adultos. Principio de relajación y neocatarsis. O.C. tomo IV. Editorial Espasa-Calpe.

D. Winnicott. Realidad y juego, capítulo V. Editorial Gedisa.

H. Doolittle. Tributo a Freud. Editorial Schapire.

http://www.reunionesdelabiblioteca.com/espacio_ect%C3%B3pico_de_la_contratra_miguelz.htm

Volver a Artículos Clínicos

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.