

Intervenciones del Psicoanálisis en un caso clínico

Autor: Javier E. Gil Costa

Tutor: Lic. Fabián Mario Araujo

Fecha de entrega: 25/11/2009

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN.....	Pág. 2
1.1 Las bases del método.....	Pág. 3
1.2 La transferencia y la resistencia.....	Pág. 4
1.3 Las entrevistas preliminares.....	Pág. 7
1.4 El síntoma.....	Pág. 9
1.5 El caso único.....	Pág. 10
1.6 El concepto de eficacia.....	Pág. 11
1.6.1 La eficacia y la ética.....	Pág. 13
2. DESARROLLO.....	Pág. 16
2.1 Análisis del caso.....	Pág. 17
3. CONCLUSIONES.....	Pág. 33
BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 38
ANEXO.....	Pág. 40

1. INTRODUCCIÓN

Objetivo general

Indagar acerca de la eficacia terapéutica de las intervenciones del psicoanálisis en un caso clínico.

Objetivos específicos

- 1) Analizar el grado de eficacia de las intervenciones.
- 2) Determinar que efecto se busca producir con cada intervención.
- 3) Dilucidar el propósito de los efectos buscados por cada intervención.

Esta investigación resulta de interés ya que podrá constatarse: cómo se trabaja dentro de esta disciplina con un caso clínico, por qué se procede de esa manera, qué es lo que busca y cuál es el resultado (eficaz o no) que se obtiene.

Todo esto adquiere una mayor riqueza ya que se utilizará un caso clínico real, presentado en un ateneo en una institución de salud mental, que funcionará como soporte para este análisis.

1.1 Las bases del método

Para poder hablar de los efectos de las intervenciones en el Psicoanálisis, así como de su eficacia en un caso clínico, debería primero definirse que significa y en que consiste dicha operación para un psicoanalista. Esto, nos conducirá inevitablemente a dilucidar de qué se trata lo que se ha dado en llamar el método psicoanalítico. Para llevar esto a cabo se podría comenzar por decir que el método principal que el psicoanálisis posee para operar es lo que se conoce como Asociación Libre, término acuñado progresivamente por Sigmund Freud entre los años 1892 y 1989, y que hace referencia a la técnica mediante la cual el paciente debe expresar, durante el tratamiento, todo lo que se le ocurra sin ninguna discriminación, más allá de que le parezca adecuado o inadecuado. Es decir, que hable libremente y deje de intervenir en el curso de sus pensamientos.

Ahora bien, para que esta técnica tenga sentido el analista debe brindar en su escucha una “atención parejamente flotante” (Freud, 2007a, p. 111) que consiste en no querer fijarse en nada en particular y prestar la misma atención a todo lo que se escucha. El objetivo de operar de esta manera corresponde al intento de explorar el inconsciente que posee el psicoanálisis como pilar fundamental de su método. Este accionar tiene como principal propósito hacer consciente lo inconsciente y “[...] volver hacia el inconsciente emisor del enfermo su propio inconsciente como órgano receptor, acomodarse al analizado como el auricular del teléfono se acomoda al micrófono” (Freud, 2007a, p. 115)

Cabe aclarar que el acceso al material inconsciente no remite sólo a este hablar libre que se le exige al paciente ni a sus ocurrencias, sino también a sus sueños, sus acciones no deliberadas, sus deslices como trabarse al hablar o trastocar las cosas confundido, etc.

Este proceder, este empeño en hacer consciente lo inconsciente, procura la reelaboración de esos elementos que en ese último permanecían, ya que sobre ellos ha operado la represión. Freud (2007b) creía que las amnesias eran el resultado de un proceso llamado represión y cuyo motivo individualiza en el sentimiento de displacer. Por esto, afirma que puede decirse “[...] Tarea de la

cura es suprimir las amnesias. [...] La condición para ello puede concebirse también así: deben deshacerse todas las represiones” (Freud, 2007b, p. 240).

Puede deducirse claramente de esto que, para el psicoanálisis, es condición sine qua non para que un sujeto manifieste a posteriori algún tipo de conflicto de orden psicológico que haya tenido lugar en su historia algún evento o tal vez varios eventos displacenteros de tal magnitud que el mejor mecanismo que pudo encontrar para reducir dicho sentimiento fue el de reprimir aquel o aquellos eventos.

La insistencia de aquellos elementos reprimidos o retoños de los mismos, que según el psicoanálisis, “piden” así ser tramitados o reelaborados se transforma en el motor fundamental de la producción de síntomas en el presente, elementos necesarios para que un sujeto llegue a una situación de análisis.

Entonces, el psicoanálisis busca operar con elementos inconscientes que estarían anudados, enlazados con conflictos actuales, bregando por hacer consciente lo inconsciente con el objetivo de reelaborar aquellos elementos y así aliviar, en todo o en parte, los padecimientos del analizado.

1.2 La transferencia y la resistencia

Para que esta lógica psicoanalítica pueda ser puesta en marcha primero debe entablarse un lazo fundamental en el vínculo entre el médico, siguiendo estrictamente a Freud, y el paciente. Esta pieza indispensable para poder llevar adelante cualquier análisis recibe el nombre de Transferencia.

Para aclarar un poco este concepto Freud (2007a) explica que el fenómeno transferencial estaría basado en la conjunción de las disposiciones innatas y de los influjos que un ser humano recibe en su infancia. Esto genera que el sujeto adquiera una determinada especificidad para el desempeño de su vida amorosa. Dicha especificidad, determinará como habrán de establecerse las condiciones para el amor, las pulsiones o deseos que logrará satisfacer y las metas que fijará a lo largo de su vida.

Ahora bien, no todas las representaciones de la infancia, determinantes de la vida amorosa, siempre en sentido amplio de la palabra, han logrado un pleno desarrollo psíquico, las que si lo han logrado, afirma Freud (2007a), se han vuelto hacia la realidad objetiva, forman parte de la personalidad consciente y

son parte de ella. La otra parte de estas mociones sólo pudieron desplegarse como fantasía o simplemente han permanecido por entero en el inconsciente, por lo que no integran la personalidad consciente.

Todo este compendio de representaciones o mociones son las que van a ponerse en juego en la figura del analista para el analizado, ya que “[...] no sólo las representaciones-expectativas conscientes, sino también las rezagadas o inconscientes han producido esa transferencia.” (Freud, 2007a, p.98).

Cuando esto ocurre, podemos decir, que el vínculo transferencial ha comenzado a desarrollarse.

Sin embargo, no todo se da manera tan lineal y simple, transcurre con contrapesos que forman parte de un equilibrio dinámico. Esto se ve claramente con lo que se ha dado en llamar Resistencia, opuesto-complementario de la transferencia.

Esto se debe a que, como afirma Freud (2007a), la transferencia, elemento necesario para todo análisis, se convierte a su vez en la más fuerte resistencia al tratamiento.

Para poder comprender la razón de esto habría que decir que para que toda psiconeurosis se produzca en un sujeto debe producirse una retracción de su libido, o pulsión de amor, que también puede entenderse como el monto de energía que dispone una persona para llevar a cabo algo, por ejemplo una acción. Este movimiento regresivo retira la libido en todo o en parte de la conciencia y reanima las representaciones o imagos infantiles.

Como el psicoanálisis procura ir en búsqueda de aquella libido que por su particular relación con el mundo exterior, en líneas generales por su frustración de la satisfacción, se ha retraído, debe enfrentarse a resistencias que intentan conservar ese estado.

La resistencia estará presente en todos los momentos durante el tratamiento, y repetirá las veces que sea necesario su oposición a la posibilidad de cura, es decir, siempre que el analista se acerque a un complejo patógeno (“nido” de eventos reprimidos) y se aproxime entonces a la conciencia la parte del complejo susceptible de ser transferida, esto intentará ser evitado con máxima firmeza. Debido a esto es que se puede afirmar que “[...] la transferencia se nos aparece siempre, en un primer momento, sólo como el arma más poderosa de la resistencia” (Freud, 2007a, p.102).

Esta “lucha” entre el analista y el paciente se desarrolla prácticamente sólo en relación a los fenómenos transferenciales. Esto encuentra su explicación en que “[...] las mociones inconcientes no quieren ser recordadas como la cura lo desea.” (Freud, 2007a, p.105)

Son dichos fenómenos los que representan el mayor desafío al psicoanalista, pero a su vez brindan la magnífica posibilidad de traer hacia el presente, de manera manifiesta, “[...] las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes [...]” (Freud, 2007a, p.105)

El concepto de resistencia se erige así como un fundamento de la teoría psicoanalítica. Cuando esta se separa del modelo catártico, tras adquirir los principios de la asociación libre y de la atención parejamente flotante, como afirma Ausson (2006), la rememoración se convierte en su meta esencial y es a través de ella que se determina la gravedad de los focos de resistencia. Esta última “[...] beneficia secundariamente a la enfermedad y exige una reelaboración de las resistencias, sin la cual la cura quedaría incompleta” (Ausson, 2006, p.262).

En este proceso, el paciente puede incurrir en la repetición de lo reprimido y de esta manera evitar recordar, y por lo tanto hacer imposible la reelaboración de aquello que por algún motivo a desalojado de su conciencia por ser, otrora, un elemento displacentero, y que al parecer aún sigue provocando ese malestar. Bonnet (1996) habla justamente de la transferencia como un efecto de la repetición, como su producción más directa e imprevisible, recordando también la vieja premisa formulada por Freud de que en el inconciente nada se pierde, nada se crea, todo vuelve a decirse y a repetirse constantemente.

Pero, ¿De que repetición estamos hablando? Bonnet (1996) afirma que existen dos tipos de repeticiones: una sistemática, mortífera, ligada a la pulsión de muerte, o sea a lo inactivo, a lo que nada crea, nada construye, tan sólo repite, llegando al punto de hasta perder de vista lo que se repite. Por otro lado existe una repetición ligante, dispuesta hacia nuevos objetos, a la renovación, a lo imprevisto, obviamente del lado de la pulsión de vida.

Ahora bien, no existe la repetición que sólo sea ligante como tampoco la repetición que tenga únicamente que ver con la pulsión de muerte.

“Ambos tipos de repetición están siempre asociados, y lo único que puede plantearse es de que modo aliarlos en forma tal de que salga ganando la

repetición de vida y que las cosas se inclinen del lado de la ligazón más que del de la fijación” (Bonnet, 1996, p.18)

La victoria de la pulsión de vida por sobre la de muerte obviamente no se dará por el mero hecho de atravesar un proceso de análisis, sino que es, como afirma Lacan (2005), el psicoanalista quien dirige la cura. Como el dice, la dirección de la cura nada tiene que ver con dirigir al paciente, ni dirigir su conciencia ni mucho menos ser una especie de guía moral como podría encontrar un fiel del catolicismo en su credo, esto queda excluido. La dirección de la cura es otra cosa y consiste en primer lugar en que el sujeto se enmarque dentro de la regla analítica ya mencionada al principio, estableciéndose de ese modo la situación analítica, y en esta empresa común no sólo el paciente debe pagar sino que el analista lo hará a través de las palabras de la interpretación, libre siempre del momento y del número tanto como de la elección de sus intervenciones y también lo hará con su persona en los fenómenos singulares de la transferencia. Allí afirma Lacan (2005), la libertad del analista queda enajenada por el desdoblamiento que debe sufrir su persona y es sin dudas ahí, dice, donde debe buscarse el secreto del análisis. Así, el psicoanálisis queda siempre configurado como una situación entre dos, pero no, distingue Lacan (2005), entre en yo fuerte que gustosamente doméstica a un yo que es más débil como en una especie de reeducación emocional, sino justamente preservando el lugar del deseo bajo el efecto de la demanda en la dirección de la cura, tratando a la transferencia como una forma particular de resistencia como ya afirmaba Freud tiempo atrás.

1.3 Entrevistas preliminares

El momento que transcurre desde que se le da la bienvenida a una persona que demanda análisis hasta que finalmente la transferencia queda debidamente instalada recibe el nombre de entrevistas preliminares, siendo esto una práctica exclusiva del dispositivo analítico, el cual le otorga a estas sentido.

“La práctica de las entrevistas preliminares no tiene sentido alguno fuera de este contexto, esto es, sin decir que ya se considera en juego el acto analítico y

la ética del psicoanálisis en el inicio mismo de la experiencia analítica” (Miller, 2006, p.18).

Las entrevistas preliminares permiten al analista aplazar el comienzo, demorarse en el inicio del proceso de análisis hasta considerar que realmente puede autorizar la demanda de análisis. Estas entrevistas pueden durar un mes, un año y en ciertas ocasiones el analista queda con el paciente por varios años en esta situación preliminar.

Ahora bien, para poder autorizar la demanda de análisis primero hay que delimitarla e ir convirtiendo de a poco a esta persona portadora de una demanda en un sujeto, un sujeto de análisis. Este proceso es lo que Miller llama la localización subjetiva y tiene que ver básicamente, según este autor, no con los hechos sino con los dichos del paciente pero sin poner el foco sobre estos, sino fundamentalmente en la posición que este toma con respecto a lo que dice. Esto se expresa de la siguiente manera en las palabras de Miller (2006):

De esta manera, ir de los hechos a los dichos no es suficiente. Es esencial un segundo paso. El paso siguiente es cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos. Lo esencial es, a partir de los dichos, localizar el decir del sujeto, o sea, lo que Lacan retomando una categoría de Jakobson, llamaba enunciación, que significa la posición que aquel que enuncia toma con relación al enunciado. (p. 39)

Cuando se habla de que se quiere convertir al que demanda en sujeto mediante las entrevistas preliminares y la localización subjetiva lo que se está diciendo en realidad es que lo que se quiere lograr es que allí lo que comience a circular sea el inconciente y no otra cosa. La localización subjetiva introduce al sujeto en el inconciente, y el lugar de la enunciación antes mencionado, es el lugar del propio inconciente, y es en este devenir, mediante este proceso donde este comienza de a poco a aflorar incrementando su intensidad en la medida en que finalmente la transferencia va quedando instaurada, sin olvidar tampoco todas las vicisitudes y dificultades que a partir de allí comenzarán a darse, propias de un proceso dinámico, alguna de las cuales ya fueron mencionadas con anterioridad en este trabajo.

1.4 El síntoma

En la clínica, en la práctica, existe un elemento clave sobre el cual el psicoanálisis opera de manera especial justamente porque considera que tiene mucho para traer a la luz a cerca del mundo inconsciente del sujeto, este es: el síntoma.

Esto se debe a que el síntoma es el primer interrogante que presenta la clínica. ¿De qué se queja? ¿Por qué consulta? ¿Qué es lo que no anda? Sin embargo lo que queda claro con tan solo un breve recorrido por la literatura psicoanalítica a cerca de este tema es que en algún lugar el síntoma se satisface o para decirlo más claro brinda algún tipo de satisfacción, desde ya a nivel pulsional o inconsciente. Hacer síntoma es todo un trabajo, hay un consentimiento de esa satisfacción que el trabajo del síntoma pone al desnudo, “[...] el psicoanálisis ha sido el primero en comprobar que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo.” (Freud, 2004a, p. 235) y en “La experiencia de un análisis hace entrega al analizante del sentido de sus síntomas” (Lacan , 2007, p. 269).

En cuanto a la primera de las frases, aunque uno recorra cronológicamente toda la obra de Freud, encontrará la misma conclusión: la enfermedad tiene un beneficio, un sentido, una satisfacción. Para Freud, la pulsión se satisface a través del síntoma. Freud planteó el síntoma como una situación de compromiso entre dos fuerzas antagónicas: la pulsión y la defensa. A diferencia de la medicina, él parte del síntoma pero para diferenciarse de esta posteriormente, en la medida en que él sabía que la desaparición del síntoma no implicaba la curación de la enfermedad por algo fundamental para el psicoanálisis, que es que el síntoma no es la estructura. Mientras la psiquiatría se contenta con darle un nombre a cada síntoma y es su modo de hacerlo existir, el psicoanálisis parte de él para hacerlo hablar. En definitiva se puede resumir el pensamiento de Freud diciendo que para el síntoma es una sustitución, que el sentido es inconsciente y a su vez el camino para llegar a este.

En cuanto a la segunda frase, se puede decir que Lacan define al síntoma básicamente como un mensaje a descifrar, el descifrado de una escritura

jeroglífica y afirma que logrando eso se conseguiría la “liberación del sentido aprisionado” (Lacan, 2007, p. 270).

Las dos frases con sus distintos matices, por un lado sustitución y por otro mensaje a descifrar, apuntan claramente hacia la misma dirección; pero lo que debe quedar claro es que el sentido es particular, hay que descubrirlo caso por caso y vez a vez.

Entonces, recapitulando, ahora lo que se puede decir es que en las entrevistas preliminares lo que se plantea es la conformación del síntoma, entendido como la manera en que cada uno goza del inconsciente y el posicionamiento subjetivo en relación al goce. Al principio el sujeto no sabe cual es su implicación en lo que le pasa. Lo que se trata es de ubicar la queja con la que llega en un nuevo espacio subjetivo, es decir, pasar de la queja a lo que aqueja, confrontar al sujeto con la función del síntoma. Esta implicancia permite ubicar al síntoma en una demanda verdadera, ya que el síntoma solo se vuelve analizable a condición de incluirse en la transferencia, eje de entrada al dispositivo.

1.5 El Caso único

Una vez planteados todos estos temas que permiten hacer un breve recorrido por la técnica psicoanalítica resulta indispensable realizar dos importantes aclaraciones antes de comenzar con el análisis de las intervenciones propiamente dicho.

La primera consiste en que, tal cual se planteo al principio de este trabajo, la base sobre la cual va a realizarse el análisis de las intervenciones es un caso clínico, un caso único. Pero, ¿por qué un caso único? ¿Es suficiente?

En opinión de Laurent (2006), el problema radica en que el psicoanálisis no es una ciencia exacta y por ende tratar de parecerse a esta solo conduciría a la parodia, defendiendo así al caso único en contraposición de las series estadísticas que pudieran existir en el campo de la clínica psicoanalítica. En este sentido agrega:

“Nombrar el caso, la exigencia del bien-decir, es uno de los nombres de la lógica de la experiencia analítica. Orienta el decir del analizante, su transferencia y el decir interpretativo del analista” (Larent, 2006, p.6)

Freud, sin ir más lejos, utilizaba el relato de casos. Lacan, afirma Laurent (2006), en su lectura de los casos de Freud, los eleva al nivel de paradigma, de ejemplos que muestran las propiedades formales de las manifestaciones del inconsciente. El paradigma hace surgir la estructura e indica tanto el lugar del síntoma como los elementos substanciales de la vida de un sujeto. Dice Laurent:

La estructura lógica o topológica de los casos freudianos aparece así con una nitidez inolvidable. La estructura lógica de los trayectos de Juanito alrededor del vacío de la fobia se revela en la lectura del caso. El esquema R muestra las aristas de la psicosis de Schreber a partir de los significantes aislados por Freud. El cuarteto de Dora se une con el del “joven homosexual”, indicando el grupo de transformación de la sexualidad femenina alrededor del significante del deseo. En el hombre de las ratas resalta la “combinatoria general” de las formas del laberinto obsesivo. (2006, p.8)

Según Laurent (2006), si el psicoanálisis fuera una ciencia exacta no tendríamos ya nada que aprender de Freud, todo habría sido transmitido íntegramente.

Por último, puede decirse que un caso no puede ser sólo una envoltura formal, es un caso si logra “[...] dar testimonio acerca de la incidencia lógica de un decir en el dispositivo de la cura, y de su orientación hacia el tratamiento de un problema real, de un problema libidinal, de un problema de goce [...]” (Laurent, 2006, p.9)

1.6 El concepto de eficacia

La segunda aclaración tiene que ver con el concepto de eficacia, en este caso eficacia terapéutica, con el que se trabajará de aquí en adelante.

Estamos acostumbrados a concebir la eficacia y el ser eficaz de una determinada manera. Según la real academia española se puede definir a la eficacia como la “capacidad para obrar o para conseguir un resultado determinado”, es decir habría una forma ideal de actuar que estaría orientada a un fin determinado de antemano. Esta forma de entender a la eficacia será un poco cuestionada de aquí en adelante con el fin primero de lograr

acercarse a otra visión acerca de este término, para luego verificar que forma de entender a la eficacia tendrá más que ver con el análisis de las intervenciones que se llevará a cabo más adelante. Jullien realiza un estudio de este término marcando una interesante diferenciación. El autor plantea, como dos paradigmas contrapuestos, por un lado a la eficacia entendida desde occidente y por el otro a la interpretación del concepto para el pensamiento oriental. En el primero de los casos Jullien (1999) resalta como una característica distintiva la costumbre de tener los ojos fijos en un modelo concebido, que se proyecta sobre el mundo, del cual se realiza un plan de ejecución, hacia donde se orienta nuestra acción, y cuanto más fiel se mantenga uno a este modelo ideal más probabilidades de tener éxito tendrá. Este autor destaca a su vez que, más allá de esto, la diferencia que siempre se impondrá entre el modelo que ha sido proyectado para actuar y lo que en definitiva se logra realizar determinará que el modelo quede alejado de la mirada, protegido, como un ideal inaccesible.

En el caso de la eficacia según la entienden en oriente, más precisamente en China, se vislumbra rápidamente una serie de diferencias. Aquí, más que trazar un modelo que sirva de norma a su acción, se tiende, o como dice Jullien (1999) el Sabio Chino tiende a focalizarse en el natural fluir de las cosas, para “[...] descubrir su coherencia y aprovechar su evolución” (Jullien, 1999, p.28). Esto quiere decir que en lugar de construir una forma ideal y fijarle fin a su acción, se deja llevar por la propensión, y en lugar de imponer un plan al mundo se apoya en el potencial de la situación. Entonces más que en las herramientas individuales se confía en el desarrollo del proceso de la situación para alcanzar el resultado que se desea. Existe, para ellos, un potencial de la situación que, con un desarrollo regulado, se desarrolla por sí mismo y es el que conduce. El sabio chino no impone, sino que evalúa como lo haría el mejor de los estrategas. En este sentido el sabio “gira como lo haría una bola” (Jullien, 1999, p.38), buscando todo el tiempo lo que es más adecuado. Al no poseer un plan trazado previamente su estrategia no tiene límites. Es infinita para los demás y también para él.

En la primera alternativa planteada sobre el concepto de la eficacia, en el modelo “europeo” todo pasa por la relación medios-fin, hay un plan de acción y medios que se destinan a conseguir ese fin, un fin sobre el cual se

mantendrán fijos los ojos en una relación tensa. Por ende, la eficacia aquí consiste en adecuar bien esos medios y alcanzar así el objetivo.

En la otra alternativa, la china, no se proyecta un plan sobre el curso de las cosas, por lo que no hay adecuación de medios a un fin determinado sino más bien una explotación del potencial implícito de una situación dada.

A su vez existiría, según Jullien (1999), otra diferenciación ya esbozada con anterioridad que tiene que ver con la acción o con la transformación. Esto es, para el pensamiento “europeo” se debe imponer un efecto, se debe accionar sobre la situación y de modo puntual; en cambio para los chinos todo pasa no por la acción sino por la transformación, es decir, no imponer el efecto sino dejar que se imponga, dejar que suceda sin que uno lo quiera con plena intencionalidad, que sea más bien la situación progresivamente la que lo implique, y esta transformación “[...] a diferencia de la acción que siempre es puntual se produce en todos los puntos del conjunto implicado” (Jullien, 1999, p.72)

Podría decirse que las características de la posición China con respecto a lo que es la eficacia, en contraposición a la visión occidental de este concepto, tendrían más que ver con la postura que mantiene el psicoanálisis en su forma de intervenir con un paciente, en su manera de encarar un proceso de análisis según lo que pudo describirse a lo largo de este trabajo acerca esta escuela. Ahora bien, ¿Cuánto tendrá que ver esto con el límite que el psicoanálisis le impone a su potencia?

Sin dudas que esta forma de operar tiene una fuerte vinculación con el respeto por lo que sabe puede llegar a hacer, en términos del poder con el que cuenta, que posee el psicoanálisis como premisa. Es decir, de lo que se está habando aquí es, nada más y nada menos, que de la ética que se encuentra implícita en la forma de hacer y de ser que pondera el psicoanálisis en su práctica, en su concepción de la clínica.

1.6.1 La eficacia y la ética

Resulta entonces, por último, interesante analizar la relación que pudiera existir entre la eficacia (terapéutica) y la ética. Esto quiere decir revisar que es

lo que sucede en el vínculo analista-paciente en cuanto a la forma de intervenir del analista en búsqueda de que esa intervención tenga algún tipo de eficacia y los límites (éticos) involucrados per se en esta situación.

Dentro del gran universo de las relaciones humanas, tan variado y complejo, existen las que se pueden denominar, tal como lo hace Foucault (1984), las relaciones de poder. Estas son ejercidas entre individuos y se encuentran presentes en diversos lugares, ya sea, en el interior de una familia, en una relación pedagógica, en el cuerpo político, entre un médico y un paciente, como así también entre un psicólogo y un paciente. Si bien, distingue Foucault (1984), no podemos entender estas relaciones como un estado de dominación ya que en ese caso el nivel de libertad es nulo, y en el caso de las relaciones de poder es necesario que exista un mínimo de libertad que permita ese juego de poder. En este sentido, Foucault (1984), habla de la libertad ética, una ética relacionada con el cuidado de uno mismo, una ética positiva. Es decir, en una relación de dos, por ejemplo, donde uno posee claramente más poder, debería existir una ética vinculada con el cuidado de uno mismo que implicaría ejercer el poder de una manera limitada, controlada, sin abusar de ese poder. Dice Foucault:

En el abuso de poder uno desborda lo que es el ejercicio legítimo de su poder e impone a los otros su fantasía, sus apetitos, sus deseos. Nos encontramos aquí con la imagen del tirano o simplemente del hombre poderoso y rico que se aprovecha de esa pujanza y de su riqueza para abusar de los otros, para imponerles un poder indebido. Pero uno se da cuenta de que ese hombre es en realidad esclavo de sus apetitos. Y el buen soberano es aquel, precisamente, que ejerce el poder como es debido, es decir, ejerciendo al mismo tiempo su poder sobre si mismo, y es justamente el poder sobre si mismo el que va a regular el poder sobre los otros. (1984, p. 5)

Por lo tanto, resulta fundamental tener en cuenta que en una de las relaciones de poder, como puede ser la que existe entre un analista y un paciente, la forma de intervenir del primero, quien tiene claramente el poder allí, debe estar siempre atravesada por este mandato ético del que habla Foucault, por el cuidado de uno mismo, vinculado con el ejercicio de un poder limitado, con el buen ejercicio del poder y por el respeto de la libertad. Aquí

se ven involucrados también los juegos de verdad, como los nombra Foucault, que se vinculan con la intención de imponer ciertas cuestiones como verdades obviamente en relación con un mal uso del poder pero muy común y muy importante en estas relaciones de poder. Esto es de una trascendencia enorme en la forma de intervenir de un analista, en lo que tiene que ver con el concepto de verdad, en el sentido de que en un mal uso del poder, en un abuso de poder, se trate de imponer determinadas cuestiones como verdades.

Sobre lo que se basa todo entonces, concluye Foucault (1984), es sobre la libertad, sobre la relación de uno consigo mismo y sobre la relación con el otro.

“[...] fundaméntate en libertad mediante el dominio de ti mismo” (Foucault, 1984, p.13)

Se verá a entonces, a lo largo del análisis de las intervenciones del caso que se presentará a continuación, que es lo que ocurre con estas cuestiones, tanto de la eficacia como de los parámetros éticos y de poder cuando se presenta un sujeto con un analista porque supone que allí aliviará en todo o en parte su padecer.

Ahora bien, no debería interrogarse por la eficacia terapéutica sólo como el resultado de una exigencia exterior, de las presiones que se ejercen contra el psicoanálisis. Debe ser el producto de su ética. Que esa ética señale que el analista no supedita su acto a la obtención de resultados terapéuticos a cualquier precio, no implica, como queda dicho, que el problema de los efectos terapéuticos de un análisis esté excluido o que deba desplazarse solo para el final de la cura.

2. DESARROLLO

Metodología

Articulación teórico-práctica con la utilización de un caso clínico como eje para el análisis.

Tipo de trabajo: Descriptivo mediante el análisis cualitativo de un caso único.

Sujeto participante: paciente a quien se llamará Julia. Se trata de una mujer de 50 años de edad quien ha perdido a su hija mayor cuando ella tenía siete años de edad víctima de una enfermedad conocida como microcefalia. Manifiesta como motivo de consulta cambios de humor, un estado casi permanente de irritabilidad y angustia.

Procedimiento de recolección de datos: se trabajó a partir de un material clínico brindado por una analista de la institución en el marco de la presentación de casos en un ateneo clínico llevado a cabo en la misma y la participación en su posterior discusión y debate entre los presentes.

Procedimiento: se trabajará describiendo el caso en sus distintas etapas haciendo foco en las intervenciones de la analista para su análisis.

2.1 Análisis del caso

La persona que consulta, Julia, tiene 50 años de edad. Manifiesta que su motivo de consulta se debe a sus cambios de humor, a un estado casi constante de irritabilidad y angustia. Además dice haber algo “dando vueltas en su cabeza” sin saber que es. Cuando se le pregunta a cerca de su angustia responde: “es por todo, por los chicos de la calle, por su desamparo, lo vemos y no hacemos nada.”

En el encuentro siguiente habla de una sensación de malestar, según dice como resultado de su incipiente menopausia, de algún tipo de incomodidad en relación a su cuerpo, de una “raya roja” que en definitiva se trataba de una herida en su panza como marca de una cirugía, más precisamente de una histerectomía. Explica todo esto de manera poco clara y habla de dificultades en un ovario y “pérdidas”.

Cuando se la interroga por el tema de su panza cuenta que tuvo tres hijos, entre los cuales, la mayor falleció a las 7 años de edad (hacía ya veinte años). Había nacido con un cuadro de microcefalia. Dice: “tenía el cerebro del tamaño de una nuez”.

Hasta aquí podemos ver que lo que se ha desplegado es la demanda. En este caso se trata de una demanda muy confusa, es decir, no se sabe bien por qué esta persona consulta, qué es lo que vino a buscar, qué es lo que le sucede, cuál es el motivo de su angustia, de sus cambios de humor, de la constante irritabilidad que relata.

Ante esta situación la analista, al finalizar la entrevista, decide intervenir y lo hace recortando algunos significantes del lado del sujeto. Ella los enumera como los temas que habían sido recorridos, siendo estos: “Chicos – panza – pérdidas”

Entonces, esta intervención obliga a desarrollar brevemente que es esto de los significantes que recorta la analista, indagar a cerca de la importancia que tienen dentro de la teoría, para luego sí analizar cuál es el efecto buscado mediante esa intervención y que es lo que finalmente se obtiene como resultado.

Lacan, en su relectura, en su retorno a Freud, plantea una tríada. Freud lo había hecho, primero con sus: inconsciente, preconsciente, consciente, y por

último, con su trío: yo, ello y superyo. En este caso, la tripartición lacaniana va a estar dada por los registros simbólico, imaginario y real. Schejtman (2005), transmite la idea de que en realidad estamos hablando de una especie de trípode cuando de estos tres registros se trata ya que ellos sostienen la enseñanza de Jacques Lacan desde su comienzo mismo. Es esta tríada justamente la que posibilita para Lacan realizar un retorno a Freud tras, según este autor, haberse alejado de su esencia por culpa de los desarrollos post freudianos los cuales se habrían desviado de la enseñanza del primero.

Estos tres registros, se presentan homogéneos entre sí, sin prevalencia de uno por sobre el otro. El registro imaginario se vincula con la forma más primitiva del yo. Se da cuando el sujeto logra una identificación de su imagen como el yo que le permite diferenciarse de los otros pero que paradójicamente es posible a través de la presencia de un otro, algo así como la imagen en un espejo.

El registro simbólico viene a ser algo así como la evolución del registro imaginario y genera una reflexión a nivel comunitario del conocimiento primitivo del yo, tal como señala Lacan en su texto en tanto que involucra a lo lingüístico, cosa que no sucedía en lo imaginario. Cabe recordar, antes que nada y como algo fundamental para lograr comprender la lógica de los mencionados tres registros, tal como lo hace Shejtman (2005), que para Lacan el inconsciente está estructurado como un lenguaje y es a través de este que un sujeto se construye como tal y se integra en la cultura.

Por último, el registro de lo real tiene que ver con aquello que no se puede expresar como lenguaje, es lo innombrable, lo que no se puede decir, es un objeto que no se puede representar, ya que sino dejaría justamente de ser objeto. Es por eso que lo real está siempre presente pero mediado, soportado, por lo imaginario y lo simbólico.

Ahora sí, entonces, ¿qué lugar ocupa el significante en esta historia?

El significante es propiedad exclusiva del orden simbólico. Representa la imagen acústica del signo lingüístico, de carácter puramente fónico. Lacan toma la división entre significante y significado otorgando total independencia al primero por sobre el segundo, otorgándole a este último el rol de puro efecto localizándolo en el eje imaginario. Entonces, recordando que para Lacan el inconsciente se estructura como un lenguaje y lo lingüístico corresponde al orden de lo simbólico podemos decir que los significantes serían algo así como

claves de acceso al mundo inconsciente de la persona. Pero, como recuerda Shejtman (2005) con aquel dicho de Lacan que hasta fue título de uno de sus capítulos del Seminario 3: “El significante, en cuanto tal, no significa nada” (Shejtman, 2005, p.261). Esto quiere decir que un significante suelto no tiene ningún significado, que se necesita una articulación mínima, esto es entre dos, para que se pueda llegar al surgimiento del significado. Entonces, es necesario que un significante se asocie (al menos) con otro para llegar a un efecto de significación.

A la luz de este conocimiento la intervención antes mencionada ya puede ser comprendida. Lo que intenta hacer la analista al recortar los significantes “chicos, panza, pérdidas” es encontrarle (y a su vez devolverle) un sentido al discurso confuso que acerca Julia en su primera entrevista. Procede, ya que como se dijo un significante por sí solo no significa nada, asociando estos tres significantes para que esto permita ir encontrando un significado al relato de la persona que consulta y así ir delimitando su demanda de análisis.

Lo que sucede allí, con esta intervención forma parte de lo que se enmarca en las ya mencionadas entrevistas preliminares, más precisamente en lo que Miller (2006) llama la localización subjetiva. En esta empresa no sólo se evalúa la posición del sujeto respecto de su demanda, sino que se pone de manifiesto un acto del analista, un acto que involucra sobretodo a la ética, ya que se trata de una intervención que apunta, mediante la significación de la demanda, con la puesta de manifiesto de lo dicho como algo aún malentendido de conducir al paciente de manera directa a un encuentro con su inconsciente; es decir, “[...] a un cuestionamiento de su deseo y de lo que quiere decir, y hacerle percibir que, en sí mismo, hay siempre una boca mal-entendida. Ese es un acto de dirección del analista [...]” (Miller, 2006, p. 62).

Entonces esta intervención forma parte de las entrevistas preliminares donde no sólo se intenta ubicar al sujeto sino también generar un cambio en su posición, acercar a la persona a sus dichos de los cuales hasta aquí guarda cierta distancia. Se busca así la implicancia subjetiva con su discurso, hacerla responsable de sus dichos para ubicar allí algo más, vinculado con el deseo en la demanda, con la real significación de sus dichos, de su motivo de consulta.

Lacan, según Miller (2006), habla de esto como una primera aproximación con lo real, con lo real como uno de los registros antes descriptos, ya que sólo

podemos aproximarnos a lo real a través del dicho. Esta primera localización, continúa Miller (2006), lleva también a que el sujeto acepte la asociación libre, a que hable sin saber lo que dice o mejor dicho buscando el sentido de lo que dice, “[...] o sea, a abandonar la posición de Amo.” (Miller, 2006, p. 63).

Muy bien, hasta aquí se ha desplegado lo que tiene que ver con la intención de la intervención pero, ¿Cuál fue el efecto? ¿Qué consecuencias produjo?

Cuando Julia retorna, la vez siguiente, lo que hace, según cuenta la analista, es repetir textualmente: “chicos, panza, pérdidas”, agregando: “es un rompe cabezas que vos gentilmente me vas a ayudar a pensar como armar”. Se angustia y llora. Cuando la analista pregunta por qué, dice que es por la hija que perdió, añadiendo que de esto no puede hablar, que hablará de los hijos que están.

Se puede decir que claramente la intervención fue eficaz en varios aspectos. Por un lado en ir delimitando y subjetivizando la demanda de Julia. La intervención la empezó a colocar fuertemente en una posición distinta en relación a sus dichos. Por otro lado comienza a notarse la confianza que deposita en la analista al creer en que ella la puede ayudar a armar lo que ella llama ese “rompe cabezas”, pero sobretodo diciéndole que lo haga gentilmente, denotando que confía en que lo hará sin lastimarla, con amor, cuidándola y sin hacerle daño. Esto sin dudas muestra a las claras como la transferencia, el amor de transferencia, fundamental para que un proceso de análisis pueda darse va empezando a instaurarse. Y por último la intervención logra algo importantísimo que es que la angustia irrumpa allí y más importante aún que Julia pueda decir, aunque todavía no pueda soportarlo, que esa angustia tiene que ver con la hija que perdió.

En relación a lo primero que se ha mencionado, al cambio de posición de Julia en relación a su demanda, esto marca un antes y un después en el tratamiento, ya que de esta manera lo que primero puede para ella ser un sufrimiento al presentarse ante un analista se transforma en una queja. Lo que la aqueja se va convirtiendo en una queja pero en una queja que mediante esta intervención, como puede verse en el efecto que produce en Julia, empieza a involucrarla a ella, ahora ella está implicada en su sufrimiento. Al comenzar Julia se quejaba de los otros, de los chicos de la calle, de los que no hacen nada por los chicos de la calle, etc., ahora de a poco empieza a dejar de

quejarse de los otros para empezar a quejarse de sí misma. Esto es lo que Lacan llama Rectificación Subjetiva. Es como si en la entrada el sujeto dijera que no es su culpa e inversamente el acto analítico consiste en implicar al sujeto en aquello de lo que se queja. “[...] el sujeto aprende también su responsabilidad esencial en lo que le ocurre. La paradoja es que el lugar de la responsabilidad del sujeto es el mismo del inconsciente”. (Miller, 2006, p. 70)

La separación entre enunciado y enunciación es también una separación entre sujeto y significante.

Aquí aparece, empapado por la dimensión ética que le es inherente, un rasgo importante de la operatoria psicoanalítica:

[...] se basa únicamente en el rechazo por parte del analista de utilizar los poderes de la identificación. El analista en tanto que ocupa el lugar del gran Otro, de este Otro al que se encomienda el sujeto en su sufrimiento, rechaza ser el amo. Por ello, hablamos de la ética del psicoanálisis y del deseo del analista, como de un deseo que sería más fuerte que el de ser el amo. Este deseo es enigmático. (Miller, 1994, p. 15)

[...] o bien conduce al sujeto al cortocircuito de la identificación, o bien abre un segundo circuito [...] cuya puerta de entrada está en el lugar del Otro. Esto quiere decir que el análisis depende de la posición que adopta el analista. Si se identifica como psicoterapeuta, cierra esta puerta. Sólo si rechaza ser psicoterapeuta abre la dimensión propiamente analítica del discurso. Por poco le transmita al sujeto: “Yo sé lo que tú eres, yo sé lo que te falta, sé lo que te va”, cierra la puerta. Ésta permanecerá abierta sólo si le hace comprender al sujeto: “Yo no sé y por eso tú debes hablar” [...] (Miller, 1994, p. 15)

Esto permite al sujeto poder encontrar, como dice Miller, la cuestión de su deseo más allá de la identificación.

Todo este movimiento, que logra implicar al sujeto en su sufrimiento, lleva implícito el mensaje de “tu eres responsable” y esto puede resultar violento (y de hecho creo que lo es) para quien se acerca con su padecimiento. Y si a esto le agregamos que además de cargarlo con la responsabilidad se le impone una

nueva regla: la regla de la palabra, la carga es aún mayor, tal como lo describe Soler (2007). Pero esta violencia, por decirlo de alguna manera, obviamente no es caprichosa sino que forma parte de la entrada al dispositivo. Pero, ¿qué es lo que hace que alguien que padece no perciba esto como algo violento y puede soportarlo? Como lo menciona Soler (2007), lo que sucede es que esta violencia se encuentra encubierta por la transferencia. La transferencia introduce, según la autora, al paciente en una especie de ilusión, en una espera, más precisamente lo transporta a la idea de que será tomado en cuenta, escuchado, cuidado. Esto es lo que sucede con Julia cuando a su padecimiento se le devuelve lo que ella llama un rompecabezas; esto puede sostenerse por el enamoramiento de entrada en análisis, vislumbrado en la idea de que la analista la podrá ayudar a armarlo y que lo hará gentilmente como ella lo expresa. Julia encuentra allí un espacio que no se encuentra en ninguna otra parte de la vida y esta ilusión, este amor de transferencia logra disimular “[...] el hecho de que en el análisis más que en otra parte, el que escucha no escucha lo que el sujeto quiere decir [...], el analista, escucha con la perspectiva de la interpretación.” (Soler, 2007, p. 226-227)

Bajo este encanto de la transferencia, se escucha con miras de interpretar, de revelar el inconsciente, lo que el paciente no sabe y quizás no quiera saber tampoco. Bajo esta ilusión se empuja al saber, “[...] a saber las consecuencias del inconsciente.” (Soler, 2007, p.227)

Por último, se ha mencionado el efecto de angustia que produjo la intervención en Julia. Ahora bien, la irrupción de un sentimiento tal, ¿puede ser tomada como algo a favor de la eficacia terapéutica?

Lacan (2008) dice que la angustia es el único sentimiento que no engaña. Los significantes en su encadenamiento crean un mundo, el mundo del sujeto que habla, tal cual lo define este autor. La característica principal de este mundo, mundo de habladuría es que en él es posible engañar. La angustia, viene a decir Lacan (2008), ejerce la función de corte. Es un corte que se abre y permite que lo inesperado, la visita, la noticia, aparezca. Es por esto que la angustia se constituye como lo que no engaña, lo que no deja duda.

Entonces, se puede decir que efectivamente la irrupción de la angustia es tomada como una pura verdad; dentro de un discurso que puede ir hacia un lado o hacia otro cuando la angustia aparece allí algo se ha producido, allí es donde hay que poner el foco, allí se ha quebrado una barrera, allí ya no se puede engañar.

Más allá de lo que Julia trae en un principio como su motivo de consulta, más allá de su habladuría, de por sí confusa, intrincada, y que puede engañar, tras una simple intervención de la analista se sabe ya de lo que se trata, la angustia revela lo que en verdad aqueja a Julia, ahora ya se sabe, ahora esta involucrada, ahora ya no se puede engañar más, pero como ella dice: “de esto no puede hablar...”

A partir de aquí, relata la analista, comienza una larga serie de entrevistas en las que se tocan temas ligados a la actualidad, mencionando como al pasar algunas escenas en relación a su padre y a su hija pero ante las intervenciones en relación a ellas vuelve a decir que de eso no quiere hablar.

Según relata, su discurso transitaba en meras descripciones del paisaje cotidiano, como si nada hubiera sido dicho. Para la analista el dispositivo transferencial había adoptado “el funcionamiento de un piloto automático” y Julia “no daba acuse de recibo respecto de los señalamientos efectuados”.

Esto que ocurre con Julia debe considerarse como otro efecto, y de gran importancia, que se desprende de la intervención y los señalamientos posteriores realizados por la analista. Lo que aparece aquí es un elemento que ya se ha mencionado y descrito con anterioridad en este trabajo y es el fenómeno de la resistencia. Cuando en el transcurso del análisis este se va acercando a un lugar que es tremendamente angustiante para Julia ella no sólo dice claramente en reiteradas ocasiones que de esto no puede y no va a hablar sino que su discurso automáticamente empieza a tocar otros temas que nada tienen que ver con el tema en cuestión y que, al parecer, no conllevan gran relevancia ni para Julia ni para el tratamiento; como haciéndose la distraída, como si nada hubiera sido dicho.

En este caso, sí recordando lo que ha sido dicho pero en este trabajo, se puede verificar, volviendo a conceptos ya descritos, el éxito, al menos parcial, en la dirección de la cura que se manifiesta en esta aparición del fenómeno de la resistencia. ¿Cómo es esto? Volviendo a Freud, como siempre, se puede

recordar ahora la frase: “[...] la transferencia se nos aparece siempre, en un primer momento, sólo como el arma más poderosa de la resistencia” (Freud, 2007a, p.102). Esto quiere decir que transferencialmente, siendo esta la base del trabajo psicoanalítico y lo que lo diferencia de otras escuelas, allí, mediante esa resistencia, mediante ese no querer recordar, se está expresando paradójicamente que hay algo allí, que quiere ser recordado, que pide ser reelaborado y que lo que este no querer saber representa tiene un valor de eficacia enorme para la lógica psicoanalítica ya que significa acercarse al inconsciente del paciente, a elementos reprimidos que luchan por no salir a la luz, por no ser recordados como la cura lo desea.

Ante lo expuesto, resulta interesante aportar algunos elementos más a cerca del fenómeno de la resistencia antes de seguir con el análisis propiamente dicho del caso ya que esto puede aportar a su vez a la comprensión del análisis de las intervenciones que lo proseguirá.

Freud (2004b) distingue cinco tipos de resistencias las cuales provienen de tres lados que son: el yo, el ello y el superyó, correspondiéndole tres de ellas al yo, como la fuente de estas que se distinguen entre sí por su dinámica. Estas resistencias yoicas son: la resistencia por represión, la cual tiene que ver justamente con la utilización de ese mecanismo; la resistencia de transferencia, de igual naturaleza que la anterior pero se distingue porque logra establecer un vínculo con la situación analítica o con el analista y entonces reanimar una represión que difícilmente podía ser recordada como una represión actual; y la última resistencia yoica que en este caso sí es de naturaleza distinta se basa en la integración del síntoma al yo para obtener lo que Freud denomina una ganancia de la enfermedad y así tender a renunciar al debilitamiento de este síntoma y a la satisfacción que esto traería aparejada. En cuanto a la resistencia del ello es la que Freud (2004b) hace responsable de la necesidad de reelaboración, y la quinta y última de las resistencias, la del superyó, tiene que ver con la culpa, o la necesidad de castigo que se opone a todo éxito y a toda mejoría mediante análisis.

Con el material del caso con el que se cuenta hasta ahora seguramente sea muy apresurado (ni es el objetivo de este trabajo) decir de que tipo de resistencia se trata, sin que necesariamente tenga que estar actuando sólo una cuando puede ser más de una la que lo haga, sin embargo, aunque sea con

una breve descripción de los tipos de resistencias y con el material clínico que se ira aportando a continuación, el tener esto en mente, puede ayudar de alguna manera a comprender un poco mejor la lógica de las intervenciones y la dirección de la cura.

Ante la situación clínica planteada la analista relata que con el elemento de la presencia de la angustia, como se ha dicho el único sentimiento que no engaña según Lacan (2008), y esta impresión de que el dispositivo transferencial había adoptado el funcionamiento de un piloto automático, la analista decide intervenir y lo hace de la siguiente manera: le explica que es evidente que hay cuestiones que le cuesta abordar, y que se respetará el tiempo que ella necesite para poder hacerlo, pero que ambas saben que es de esto de lo que se trata, y que si bien pueden trabajar sobre otros temas de su interés, es importante que este anoticiada sobre esto. Era necesario, dice la analista, que ella supiera que sus frases habían sido escuchadas y que no daba lo mismo hablar de cualquier cosa, que había un encuentro que aguardaba, una cita pendiente.

Aquí, en esta intervención, puede ubicarse un objetivo claro, a saber: intentar hacer regresar a Julia a lo que realmente la angustia para que esa angustia pueda ser desplegada, puesta en palabras. Es decir, instarla a que abandone su discurso obligadamente y oico por su decisión de no hablar a cerca de este tema y que se enfrente con lo que, mediante ese enunciado de no querer hablar, mantiene velado, sofocado.

Esto por un lado. Ahora, aparece allí en las palabras de la analista algo más, algo fundamental para que este objetivo pueda lograrse, para que esta intervención sea eficaz. Al mismo tiempo en que se la anoticia a Julia de que hay cuestiones claves, por lo que ha sido dicho y escuchado, que aguardan por ser abordadas, también se le comunica que se le dará el tiempo que ella necesite para hacerlo y que esto será respetado.

Entonces, por un lado, como decía Soler (2007), se la empuja a saber y por otro, como para que la ilusión del enamoramiento transferencial no sea eliminado por la violencia del dispositivo y el vínculo transferencial pueda ser utilizado en pos de la eficacia terapéutica se le hace saber que esto se hará en la medida de sus posibilidades, acompañando y respetando su dolor.

Se puede ver aquí como la transferencia se debate entre quedar atrapada en su vertiente de ser una forma particular de la resistencia como diría Lacan (2008) o en que se saque un provecho (terapéutico) esta situación utilizando como aliado al amor de transferencia, motor de análisis, indispensable para el tratamiento psicoanalítico.

Pero, se podría pensar: ¿por qué correr ese riesgo?, ¿por qué llevar a Julia hacia ese atolladero?

A esto existe una simple y única respuesta: porque es así como el psicoanálisis trabaja y no concibe otra forma de hacerlo. Es inherente a él, a su ética, a su esencia.

En el psicoanálisis se va siempre en búsqueda de la verdad, y como ya se ha planteado en este trabajo, la ética se constituye así como algo inherente a la técnica. Pero, ¿de qué verdad se trata?, ¿la verdad del analista?, ¿la verdad del dispositivo? Sin dudas que no. La única verdad posible es la verdad del inconsciente. Esa es la razón de correr ese riesgo, el riesgo de que un paciente no quiera saber más nada y simplemente no vuelva, es por eso que Julia debe ser anoticiada de que hay algo que espera y que no da lo mismo hablar de cualquier cosa.

Esto es lo que se denomina el “trayecto más allá” (Miller, 2000, p.13), una característica exclusiva del campo psicoanalítico. De esta manera el analista rechaza utilizar la omnipotencia que pudiera brindarle la identificación por el lugar que ocupa para el sujeto de análisis en la transferencia. Esto es lo que se conoce como el deseo del analista, que es esta abstención misma, que abre este trayecto más allá y da la posibilidad de pasar un segundo nivel al negarse a ser un mero semblante del sujeto y actuar en consecuencia solamente por sugestión. “Para decirlo rápidamente, su fundamento estriba en la escisión y la articulación de lo que es palabra, los circuitos del nivel inferior, y de lo que es pulsión. La palabra tendrá el primer nivel, la pulsión el segundo.” (Miller, 2000, p. 14)

Entonces, lo que abre el psicoanálisis de esta forma es la posibilidad de admitir la cuestión del goce, es decir la cuestión de la satisfacción de una pulsión, siempre pulsión de muerte cuando de goce se trata. Como menciona Braunstein (2003) recordando las palabras del Seminario IV de Lacan:

Problema del goce, en tanto éste se presenta como hundido en un campo central de inaccesibilidad, de oscuridad y de opacidad, en un campo cercado por una barrera que hace más que difícil su acceso al sujeto, inaccesible tal vez en la medida en que el goce se presenta no pura y simplemente como la satisfacción de una necesidad, sino como la satisfacción de una pulsión, en el sentido en que este término necesita la elaboración compleja [...] (p. 48)

Siguiendo esta lógica, se puede decir que la pulsión de muerte insiste y Julia goza al no querer hablar de lo que la angustia, y de esta manera satisface la pulsión, resiste a saber para seguir gozando y es allí donde interviene la analista intentando acotar ese goce, para que, como se dijo en este trabajo, la pulsión de vida se imponga por sobre la pulsión de muerte.

Se puede comprender mejor ahora los conceptos esbozados tales como el de resistencia de transferencia de Freud, y su posterior clasificación en las atribuibles al yo: las de represión y transferencia, así como la que provienen del beneficio de la enfermedad, ubicándose detrás de esta la proveniente del ello con su resistencia a reelaborar, y por último, la superyoica con su necesidad de castigo favoreciendo la reacción terapéutica negativa.

Ahora bien, ¿qué es entonces lo que se hace por y con las resistencias?

Como afirma Assoun (2006), en su repaso por la obra freudiana en relación a este tema, para llevar a buen término un tratamiento surge la necesidad de reelaborar esas resistencias, atravesar las resistencias al reelaborarlas. La reelaboración, señala, “[...]es lo que viene después de la rememoración y la repetición, y las completa necesariamente. [...] En suma, lo más específico del análisis y lo que revela su especificidad es esta reelaboración.” (Assoun, 2006, p. 264)

La cura “adquiriría toda su velocidad de crucero si no apareciese un tornado: la irrupción del amor de transferencia” (Assoun, 2006, p. 265)

La analista entonces, mediante su intervención, invita a Julia a un viaje más allá, hacia la reelaboración de sus resistencias, dejando atrás el recorrido a velocidad crucero, con la complicidad, con el soporte, del medio de transporte más poderoso para llevar adelante esta empresa: el amor de transferencia.

Es decir, por un lado la analista intenta acotar el goce que le otorga a Julia el no querer saber pero, para que esto sea, por decirlo de alguna manera, bien

tolerado, le ofrece junto a esto la seguridad de que ella estará allí, aguardando, el tiempo que sea necesario, el tiempo que ella necesite.

Es importante entender aquí que si bien estos dos elementos se planteen como elementos separados el uno del otro esto es solamente en virtud del análisis que se lleva a cabo en este trabajo pero debe quedar claro que forman parte de una única intervención, que los dos tienen el mismo grado de importancia para que dicha operación pueda ser eficaz y que forman parte del manejo de la transferencia que realizan los analistas, o la analista en este caso, apuntando a una eficacia terapéutica.

Para concluir, esta parte del análisis al menos, cabe aclarar un poco mejor entonces que es esto del amor de transferencia ya que es un término que se puede prestar a la confusión.

Se cuestionaba antes el por qué de llevar a Julia hacia esa situación donde no se sienta tan cómoda, con qué objetivo, y es lo que se ha intentado argumentar hasta aquí. Ahora bien, faltaría interrogarse aquí con qué estatuto el analista interviene de esa manera, qué es lo que lo sustenta como para hacer ese movimiento con cierta seguridad.

En un principio, cuando Julia confía en que su analista la podrá ayudar a armar eso que ella llama ese “rompecabezas” lo hace porque le otorga a esta última el lugar de lo que Lacan llamó el sujeto supuesto saber. Esto es, a vuelo de pájaro, un efecto de la estructura de la situación analítica y pivote de la cura que determina la ilusión fundamental del paciente, que se entrega a la asociación libre con la certeza de que el saber del inconsciente está ya todo constituido en el psicoanalista. Pero, llegado el momento en que están por ser revelados algunos contenidos reprimidos importantes o hacía allí se dirige el tratamiento y por ende las resistencias, como ya se ha mencionado, se hacen presentes, este amor a la verdad debe ser virado hacia un amor a la figura del analista, como figura identificatoria, como forma de superar esas resistencias y poder reelaborarlas. Esto es básicamente lo que se conoce como amor de transferencia. “Ante la indeterminación del ser, la solución del amor de transferencia le ofrece al sujeto una salida, identificatoria, lo confirma en sí, lo cual impide con su consistencia asomarse al abismo que lo dejaría en la nada” (Deutsch, 1994, p. 124) Sumado a que en la “[...] identificación por amor [...] el amor tiene un aspecto imaginario; hay un engaño del amor y un engaño del

amor de transferencia. Siendo este tan engañoso como todo amor.” (Deutsch, 1994, p. 123)

Bonnet (1996) menciona algo interesante en relación a estas vicisitudes transferenciales planteando que el análisis deberá seguir paralelamente una doble vía:

[...] la primera consiste en asegurar la revivencia de los recuerdos traumáticos del pasado a medida que se reconstituyan en la actualidad de la transferencia, favoreciendo la prosecución imaginaria de la relación tal como habría podido ser; la segunda consiste en ir nombrando lo que sucede, explicitándolo, para mantener así una distancia entre el pasado y el hoy hasta el momento en que la paciente pueda elaborar por si misma el fruto de aquel amor perdido. Tomar en cuenta así doblemente al otro y al objeto perdido en el otro es la condición sine qua non para que la transferencia se mude en transporte amoroso, con el resultado de un genuino proceso de interiorización [...] (p. 113)

La transferencia de amor lleva en germen todas las otras formas de transferencia y está en la raíz de todas sus manifestaciones, ya que sin dudas, “sin amor no hay transferencia posible, bajo el aspecto que fuere. Y precisamente una de las metas del análisis es que advenga la multiplicidad allí donde habría tendencia a la unidad; la divergencia, allí donde el empuje se orientaría más bien a la síntesis y a la simplificación excesiva. (Bonnet, 1996, p. 118)

Pues bien, ¿Qué fue lo que sucedió con esta intervención? Finalmente, ¿Logró algún tipo de eficacia? ¿Consiguió el efecto buscado?

En palabras de la analista “esta intervención marco un antes y un después en cuanto a la dirección de la cura”. Comenta que bajo la premisa, en palabras de Julia, de no querer perder más tiempo, comienza a relatar innumerables y dolorosas escenas que ilustraban el paso por la vida de su hija fallecida. Habla de lo traumático de su nacimiento, su vuelta a casa con las manos vacías, ya que su beba debió permanecer internada, su recorrido por distintas instituciones buscando una respuesta, para una situación de la que no existían antecedentes, ya que los niños con la patología de su hija fallecida no suelen

pasar de las cuarenta y ocho horas de vida. Relata también sus fantasías sobre el momento de su muerte para llegar finalmente a la escena misma de ella, mencionando como otro dato nuevo e importante, que transcurrió mientras ella dormía.

Julia comienza entonces a hablar del tema que realmente la angustia y además lo hace aportando material nuevo para el análisis. Es un paso adelante en el recorrido hacia sus elementos reprimidos y un cambio en la circulación de la transferencia. La intervención entonces, fue eficaz.

Llama la atención de la analista, a partir del relato de Julia, como una madre que había estado tan pendiente de su hija, llegando a alimentarla con sus propios dedos para evitarle el dolor que hubiera significado colocarle una sonda, capaz de registrar al detalle el diferente ronquido de su niña correspondiente a distintos estados o sensaciones de ella, haya atravesado la muerte de su hija, como ella dice, mientras dormía.

Al cuestionar sobre esto, en reiteradas ocasiones, solo se obtienen descripciones, por lo que la analista la anoticia, otra vez, de la importancia de este punto. Esto es en un intento de reforzar la intervención anterior y de que Julia no olvide, conociendo los vaivenes de la transferencia y sus resistencias, sobre todo al ir acercándose a cuestiones de peso para el sujeto de análisis, que el tema sigue ahí, aguardando.

Luego de un tiempo, Julia llega muy angustiada al consultorio. Al cuestionarle sobre la causa de su angustia dice que es porque ha visto una película donde la protagonista se enferma gravemente, y que lo que más le impactó fue la situación de la espera en el quirófano para ser intervenida aunque “en realidad sabía que estaba todo bien”, “sabía a que iba”, “no se, estaría sensible”.

Es decir, algo de lo que había visto en la película la había angustiado mucho pero aún no estaba claro que era, su relato era confuso. La analista le pregunta entonces a cerca del final de la película y con mucha angustia Julia cuenta que la protagonista muere de la mano de su profesora de literatura, su único y más cercano afecto.

Aquí la analista interviene intentado asociar esta muerte con la muerte de su hija. Ante esto, Julia repite otra vez el mismo relato de siempre y así lo relata su analista:

M dormía, había cenado bien después de un largo tiempo de no digerir alimentos y consumirse lentamente. Julia había fantaseado muchas veces la muerte de su hija en invierno, debido a las largas crisis respiratorias que requerían su inmediata internación, aproximadamente a las 9:00hs se despierta por el llanto de su hija menor de seis meses, cuando entra a la habitación encuentra a M muerta.

Pero esta vez agrega un dato nuevo: a las 6:10hs de la mañana Julia se había despertado.

Al preguntar sobre esto ella explica: “nunca supe si fue esoterismo o que, pero yo desperté y fue como si una mano me tirara para atrás, me dormía, caí en un sueño profundo, alivianador”

¿Qué la había despertado?, ¿por qué a esa hora?, ¿un sueño alivianador de qué? , pregunta la analista. En llanto Julia cuenta que la médica que confeccionó el certificado de defunción de M indica las 6:15hs como hora de su fallecimiento.

La analista, en su descripción del caso, plantea la posibilidad de que lo que haya despertado a Julia haya sido un ronquido diferente, inidentificable en su extenso y minucioso registro de estos. En definitiva no es esto lo importante, sino que ella despertó 5 minutos antes de su muerte y siguió durmiendo.

Ante esto la analista concluye:

Julia despierta porque sabe, intuye, ve entre sombras, mezcladas de fantasía y realidad, en una escena que transcurre en otro espacio, intemporal, el entre percepción y conciencia.

Julia duerme ante esto que Lacan planteó como insoportable, ese instante sin palabras, el desfallecimiento de la función paterna, al saber que ya no hay nada que en tanto madre pueda garantizarle a su hija.

Julia duerme para no anoticiarse de esta muerte y va por la vida como si la vida fuera sueño, durmiendo y produciendo síntomas, persiguiendo sillas de ruedas con niños discapacitados para encontrar allí algo de M o angustiándose cuando el final de la película la traslada a la fantasía de que si ella hubiera podido tomar la mano de su niña, algo hubiese sido diferente, al menos hubiese muerte acompañada (para ella esta circunstancia funcionaba como una especie de garantía), o

entristeciéndose al ver a un chico de la calle, niños por los cuales “no hacemos nada”, ni siquiera tomarlos de la mano...

Entonces, volviendo a la intervención de la analista, aunque si bien no tiene el peso de las intervenciones anteriores, mantiene la misma línea en cuanto a lo que se quiere lograr con ella. Es decir, conectar a Julia con lo que la angustia y que pueda hablar de ello, con el objetivo de reelaborarlo. En este caso, el aporte de la analista es mostrar que la película o el final de la película, mas precisamente, que tanto angustia a Julia, tiene que ver con su propia película y que es esa película la que debe mirar, (o volver a mirar) ya que es esa la que realmente importa, la que la involucra, la que (por eso) la angustia.

Si bien se puede considerar a esta última intervención como una intervención simple, y no estaría mal, lo importante, por un lado, es que justamente eso habla de la eficacia de las intervenciones anteriores ya que lo que Julia trae ese día al consultorio, lo cual resulta fácil de asociar con su historia, denota que está ahora mucho más cerca que antes de poder revisar lo que es tan angustiante para ella. Por otro lado a partir de esa asociación de la analista, tal vez funcionando como un corolario de lo que se fue trabajando hasta allí, Julia ya no sólo repite siempre la misma historia sino que ahora aporta un nuevo dato que termina siendo relevante para comprender mejor su padecimiento y sobre todo las fantasías que pudieran rodear a la muerte de su hija. A partir de este punto la analista consigue terminar de armar ese rompecabezas del que hablaba Julia (ver Anexo, 46-47) pero del que tanto quedaba por develarse para que este se logre, amen de las intervenciones y de la dirección de la cura. En consideración de la analista: “Julia supo después de veinte años que M ya no está, y hoy ya no duerme, sólo intenta soportar esa realidad.”

3. CONCLUSIONES

Como se ha visto, lo que se ha intentado realizar con este trabajo es un análisis de las intervenciones realizadas por una analista, en un caso clínico, dentro del marco psicoanalítico.

Se ha procurado describir en primer medida a dicho dispositivo para luego sí, una vez desarrolladas las bases que hacen a la lógica de funcionamiento de este encuadre, tratar de explicar el objetivo de dichas intervenciones así como determinar si estas habían logrado ser eficaces.

Este objetivo se logró. Se pudo, a través de una serie de intervenciones, plantear cual era el efecto que con ellas se buscaba conseguir y se ha podido demostrar su eficacia. Centralizándose en este análisis se pudo además mostrar sobre que lineamientos trabaja la escuela psicoanalítica y como esto es llevado a la práctica con el ejemplo de un caso concreto.

Desde ya que debe quedar claro que no se intenta afirmar bajo ningún aspecto que la eficacia del dispositivo psicoanalítico que se logró demostrar en este caso pueda trasladarse a otros casos que excedan el de este trabajo. Así como tampoco se quiere transmitir que esta sea la única o la mejor forma de abordar este, o cualquier otro problema relacionado con la salud mental, reconociendo que existen múltiples maneras de llevar esto a cabo las cuales pueden llegar también a lograr ser eficaces, dentro de la lógica de esta o de otra escuela o disciplina.

En cuanto a las intervenciones, tal vez hubiera sido interesante contar con más de ellas como para enriquecer el análisis, sin embargo se trabajó de manera de sacar de cada una de ellas el mayor provecho teórico posible. Además se aporta una visión interesante si se pensaba que sólo se está hablando de interpretar cuando se habla de intervenir en el psicoanálisis; tal como lo dice Lacan (2005) la interpretación, al contrario, ocupa un lugar mínimo en la actualidad psicoanalítica.

Y agrega:

No hay autor que lo enfrente sin proceder por división de todos los modos de intervenciones verbales, que no son la interpretación: explicaciones, gratificaciones, respuestas a la demanda..., etc. El procedimiento se hace revelador cuando se acerca al foco de interés. Impone que incluso una expresión articulada para empujar al sujeto a tomar una visión (insight) sobre una de sus conductas y especialmente en su significación de resistencia, puede recibir un nombre completamente diferente, confrontación por ejemplo, aun cuando fuese la del sujeto con su propio decir, sin merecer el de interpretación, por sólo ser un decir esclarecedor. (Lacan, 2005, p. 572)

Algo muy interesante también fue poder mostrar el rol que ocupan dentro de la búsqueda de la eficacia terapéutica general del caso y la importancia del aporte de estas en todo momento para el manejo de un elemento fundamental y que es inherente a esta escuela como es la transferencia, donde en definitiva, se desarrolla toda la acción, donde todo se resuelve. Está en realidad, en lo que Julia repite: el no querer saber, el seguir durmiendo y produciendo síntomas pero ahora allí, con la analista, en la transferencia, la clave del análisis.

Es por esto que la intervención clave y que además aporta mucho sobre la manera de trabajar dentro del psicoanálisis es aquella donde la analista le dice a Julia que lo que ella dijo había sido escuchado y ya no daba lo mismo hablar de cualquier cosa, que de eso se trataba, pero que se respetaría el tiempo que ella necesite para hacerlo, siendo esto último mucho más importante aún que lo primero en cuanto al manejo de la transferencia en este caso, y más aún por las particularidades del mismo.

Como afirma claramente Freud en un fragmento de una de sus obras, que aunque sea tal vez de gran extensión, porque no ha sido posible quitarle más de lo que se le ha quitado para plasmarlo en este trabajo, debido a que es de un valor incalculable para entender mejor esto que se está diciendo en relación a la transferencia y la eficacia terapéutica:

[...] el principal recurso para domeñar la compulsión de repetición del paciente, y transformarla en un motivo para el recordar, reside en el manejo

de la transferencia. Volvemos esa compulsión inocua y, más aún, aprovechable si le concedemos su derecho a ser tolerada en cierto ámbito: le abrimos la transferencia como la palestra donde tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se le ordena que escenifique para nosotros todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado. Con tal que el paciente nos muestre al menos la solicitud de respetar las condiciones de existencia del tratamiento, conseguimos, casi siempre, dar a todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial, sustituir su neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia, de la que pueda ser curado en virtud del trabajo terapéutico. [...] De las reacciones de repetición, que se muestran en la transferencia, los caminos consabidos llevan luego al despertar de los recuerdos, que, vencidas las resistencias, sobrevienen con facilidad. [...] Es preciso dar tiempo al enfermo para enfrascarse en la resistencia, no consabida para él; para reelaborarla, vencerla prosiguiendo el trabajo en desafío a ella y obedeciendo a la regla analítica fundamental. Sólo en el apogeo de la resistencia descubre uno, dentro del trabajo en común con el analizado, las mociones pulsionales reprimidas que la alimentan y de cuya existencia y poder el paciente se convence en virtud de tal vivencia. En esas circunstancias, el médico no tiene más que esperar y consentir un decurso que no puede ser evitado, pero tampoco apurado. Ateniéndose a esta intelección, se ahorrará a menudo el espejismo de haber fracasado cuando en verdad ha promovido el tratamiento siguiendo la línea correcta.

En la práctica, esta reelaboración de las resistencias puede convertirse en una ardua tarea para el analizado y en una prueba de paciencia para el médico. No obstante, es la pieza del trabajo que produce el máximo efecto alterador sobre el paciente y que distingue el tratamiento analítico de todo influjo sugestivo. (2007, p. 156-157)

Ahora bien, para concluir, lo que se puede afirmar es que la eficacia terapéutica en este caso radica en haber logrado que Julia, el sujeto de análisis, se haya encontrado, se haya podido enfrentar con eso que Lacan llamó (y que ha sido descrito en este trabajo): lo Real, eso que no se puede significar, eso que es insoportable, para lo que no hay palabra.

Eso se ha logrado, hubo entonces eficacia terapéutica.

Se acuerda con que el problema de la paciente es el dolor insoportable de la muerte de su hija. Plantear que Julia sigue durmiendo, en el sentido de no querer saber también se considera acertado. En ese sentido es que dormir la aliviana, pero no resuelve: ella busca a su hija entre los vivos. No puede aceptar su muerte y esa es su demanda: “Chicos – panza – pérdidas. Es un rompecabezas que vos gentilmente me vas a ayudar a armar”.

Quizás la analista no advierte claramente que ahí tiene planteado el caso: esta mujer no puede aceptar la muerte de su hija y le pide a ella que la ayude. Pero le pide que lo haga “gentilmente” porque el dolor es muy grande y ella no puede comprenderlo. La analista hace bien en decirle que tiene que hablar en algún momento del asunto, pero no la apremia. Sin embargo, de ahí en adelante, hay un tiempo que la analista considera que no es productivo, en ese punto existe un desacuerdo con dicha postura. Fue el tiempo que Julia necesitó para animarse a hablar. Durante ese tiempo se afianzó entre ellas, transferencialmente, la confianza: dimensión indispensable para que Julia apelara al supuesto saber del analista. Ahí está la intervención, en hacerle saber a Julia que se la puede acompañar y ayudar “gentilmente” a aceptar finalmente la muerte de su hija y su impotencia, su “no poder hacer nada”

La eficacia, queda claro, es que Julia pueda despertar.

Hay intervención y eficacia analítica. Se logró ayudar a armar la idea de una hija muerta, pero, se podría decir, que no hay propiamente un análisis en todo el sentido del término. Es decir, el análisis podría comenzar ahora, preguntando por la impotencia por ejemplo, el “no poder hacer nada”. Este es un límite operativo denunciado por Julia. Habría que ver si ella se interesa en llevar adelante esa empresa, ya que excede su demanda. Pero ahora esta despierta, tal vez quiera saber sobre ella misma ya que su vida continúa, a pesar de haber perdido a una hija enferma.

Por último, se hace indispensable expresar lo interesante que ha sido poder tener la posibilidad de realizar la pasantía. Es una experiencia altamente enriquecedora para alguien que está terminando su carrera pero la mayor parte de su aprendizaje ha sido académico, en el ámbito de la universidad. Asistir diariamente a una institución, donde se tiene la oportunidad de verse reflejado (o no) en los profesionales que allí desempeñan su trabajo y compartir las

actividades como si se fuera un colega más es realmente importante para entablar ese lazo entre la universidad y el mundo real, por así decirlo, que cuesta tanto encontrar y que es de una riqueza enorme, sobre todo para aprender más allá del libro, para aprender a desaprender, derribar mitos, incorporar conocimiento que circula por la experiencia de otros, otros quienes forman parte del mundo que se sueña integrar.

Y como cierre, la realización de este trabajo, labor ardua y muy trabajosa, lleva a la obligación de exigirse al máximo para poder concretarlo, pero, sin dudas que ha sido una experiencia que vale la pena por todo lo aprendido. Por un lado, cuestiones metodológicas que seguro serán de mucha utilidad en el futuro y que era importante incorporar, y por otro, haber logrado afianzar mucho conocimiento, incorporar mucho conocimiento nuevo, así como también reevaluar otros que se tenían como certezas. Algo muy importante también fue el hecho de haber trabajado con un caso clínico real, poder teorizar sobre un aspecto de él y llevar a algo concreto ese lazo entre el conocimiento académico y la realidad del trabajo de un psicólogo. Esto permite, a su vez, algo fundamental para poder empezar a ejercer esta profesión que es poder abrir más el abanico del pensamiento y poder darse el lujo de cuestionarse si se está totalmente de acuerdo con lo que plantea dicho profesional, algo que se da por lo general cuando uno es estudiante, o si tal vez las cosas se podrían haber hecho de otra manera, o al menos empezar a pensar que se podría hacer en esa situación.

Esta libertad, se considera, es clave para tener más posibilidades de ser un buen profesional en el futuro y parte de la búsqueda de la propia identidad en el ejercicio de la profesión.

Bibliografía General

Assoun, P. L. (2006) La técnica psicoanalítica. En *Figuras del Psicoanálisis II* (pp. 251-285). Buenos Aires: Prometeo.

- Bonnet, G. (1996) *La transferencia en la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Braunstein, N. A. (2003) Los goces distinguidos. En *Goce* (pp.44-53). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Deutsch, L. (1994). La transferencia. Sobre el amor de transferencia. En Manantial (Eds). *Los rostros de la transferencia* (pp. 122-124). Buenos Aires: Manantial.
- Foucault, M. (1984). La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad. *Revista Concordia* nº 6, 99-116.
- Freud, S. (2007a) *Obras Completas, T. XII*. Buenos Aires: Amorrortu. (trabajo original en alemán publicado en 1912)
- Freud, S. (2007b). El método psicoanalítico de Freud. En Amorrortu (Eds), *Obras Completas, T. VII* (pp. 233-242). Buenos Aires: Amorrortu. (trabajo original en alemán publicado en 1904)
- Freud, S. (2004a). 17ª Conferencia: el sentido de los síntomas. En Amorrortu (Eds), *Obras Completas. T. XVI* (pp. 235-249) Buenos Aires: Amorrortu. (trabajo original en alemán publicado en 1917)
- Freud, S. (2004b). Inhibición, síntoma y angustia. XVI. En Amorrortu (Eds) *Obras Completas. T. XX* (pp.147-161). Buenos Aires: Amorrortu. (trabajo original en alemán publicado en 1926)
- Jullien, F. (1999) *Tratado de la eficacia*. Buenos Aires: Perfil.
- Miller, J. A. (2006) *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (1994). Psicoterapia y Psicoanálisis. *Freudiana* 10, 11-19.
- Miller, J. A. (2000) Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. *La orientación Lacaniana III. 3*, 7-41.
- Lacan, J. (2005) La dirección de la cura y los principios de su poder. En Siglo XXI (Eds.) *Escritos 2* (pp. 565-664) Buenos Aires: Siglo XXI. (trabajo original en francés publicado en 1966)
- Lacan, J. (2007) Función y campo de la palabra. En Siglo XXI (Eds.) *Escritos 1* (pp. 227-310). Buenos Aires: Siglo XXI. (trabajo original en francés publicado en 1966)
- Lacan, J. (2008) Introducción a la estructura de la angustia. En Paidós (Eds.) *Seminario 10* (pp. 81-93). Buenos Aires. Paidós. (trabajo original en francés publicado en 1962)

- Laurent, E. (2006) El caso del malestar a la mentira. *Lacanianana* 4. 4, 5- 17.
- Shejtman, F. (2005) Introducción a los tres registros. En R. Mazzuca (Ed.) *Psicoanálisis y psiquiatría: encuentros y desencuentros* (pp. 185-242) Buenos Aires: Berggasse 19.
- Soler, C. (2007) Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista. G. Haldemann (Ed.), *Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista* (pp. 223-238). Buenos Aires: Letra Viva.

ANEXO

TRABAJO: "LA MANO QUE NO MECIÓ LA CUNA"

TEMA: EL ENCUENTRO CON LO REAL

Lic. Fabiana M. Schmilchuk

GAT 2do año

COORDINADORA: Lic. Silvina Bazan

CO-COORDINADORA: Lic. Paula Gil

Julia es una paciente de 50 años de edad.

Atribuye el motivo de consulta a sus cambios de humor, a un estado de irritabilidad casi constante, y angustia. Dice haber algo “dando vueltas en su cabeza”, sin saber qué es, ahora que ha logrado estar bien.

Cuando pregunto acerca de su angustia responde: “es por todo, por los chicos de la calle, por su desamparo, lo vemos y no hacemos nada”

En el siguiente encuentro habla de una sensación de malestar, producto de su incipiente menopausia, de una cierta incomodidad en relación a su cuerpo, de una “raya roja”, que resultó ser una herida en su panza, y que refiere a una cirugía, más precisamente aun histerectomía. Al indagar sobre esto explica algo poco claro, habla de dificultades en un ovario y pérdidas.

Al interrogar acerca de su panza, me cuenta que tuvo tres hijos, su hija mayor falleció a los 7 años, habiendo nacido con un cuadro de microcefalia, “tenía el cerebro del tamaño de una nuez”.

Al finalizar la entrevista, mi intervención apuntó simplemente a enumerar los temas que habían sido recorridos: chicos – panza – pérdidas. Cuando retorna la vez siguiente, al sentarse, repite textualmente “chicos – panza – pérdidas”, “es un rompe cabezas que vos gentilmente me vas a ayudar a pensar como armar”. Se angustia, llora, le pregunto por qué, a lo que responde que es por la hija que perdió, manifestando que de esto no puede hablar, hablará de los hijos que están.

A partir de aquí comienza una larga serie de entrevistas en las que plantea cuestiones ligadas a la actualidad, y menciona al pasar escenas en relación a su padre y a su hija; ante mis intervenciones en esa dirección, responde nuevamente que de eso no quiere hablar.

Así, su discurso transitaba en términos descriptivos del paisaje cotidiano, como si ninguna otra cosa hubiera sido dicha. Desde mi lugar de analista aparecía cierta incomodidad, sentía que el dispositivo transferencial había adoptado el funcionamiento de un piloto automático, mientras ciertas frases no dejaban de resonar en mis oídos: “algo dando vueltas en mi cabeza”, “chicos de la calle”, “no hacemos nada”, “chicos – panza – pérdidas”, sumado al recuerdo de su hija fallecida, con un cerebro del tamaño de una nuez, Julia no daba acuso de recibo respecto de los señalamientos efectuados.

Teniendo en cuenta a Lacan al plantear que la angustia es el único de los sentimientos que no engaña, e intentando producir una fisura en esta clara decisión yoica de no hablar, para que algo de la angustia que la misma recubría pudiera ser desplegado, le explico que es evidente que hay cuestiones que le cuesta abordar, y que respetaremos el tiempo que ella necesite para poder hacerlo, pero sabemos que es de esto de lo que se trata, y si bien podemos trabajar sobre otros temas de su interés, es importante estar anoticiada sobre esto. Era necesario que ella supiera que tales frases habían sido escuchadas, y no da igual hablar de cualquier cosa, había un encuentro que nos aguardaba, una cita pendiente.

Esta intervención marcó un antes y un después en cuanto a la dirección de la cura, se produce un movimiento en su discurso y bajo el enunciado de “no querer perder más tiempo” comienza a relatar innumerables y dolorosas escenas que ilustraban el paso por la vida de su hija fallecida. Desde lo traumático de su nacimiento, el volver a casa con las manos vacías; pues su beba había quedado internada, su recorrido por diversas instituciones en busca de una respuesta para una situación sobre la que no existían antecedentes, pues los niños con ese tipo de patología no suelen pasar de las 48hs. de vida, la fantasías sobre el momento de su muerte, inevitable, y finalmente la escena de su muerte, que transcurrió mientras Julia “dormía”.

Algo se repetía, otra vez la sensación de que, en palabras de Lacan, algo del orden de un real se escabullía. Llamaba mi atención que Julia, tan pendiente de su niña, capaz de alimentarla con sus propios dedos para evitarle el dolor de una sonda, capaz de registrar con suma minuciosidad el diferente ronquido correspondiente a cada sensación o movimiento reflejo de Melisa, hubiera transcurrido su muerte de esta manera, durmiendo. Pregunté en más de una ocasión sobre esta circunstancia, obteniendo como respuesta solo descripciones.

Otra vez, la anoticio sobre la importancia de este punto, que podremos dejar en suspenso hasta que llegue su tiempo; la cita continuaba aguardando.

Breve tiempo después Julia concurre al consultorio muy angustiada, al preguntarle cuánto tiempo hace que está así, responde que ha visto una película, cuya protagonista era Emma Thompson, enferma gravemente. Responde también que la escena o el elemento que más la impactó fue el recuerdo de sí misma esperando en el quirófano para ser intervenida, aunque “en realidad sabía que estaba todo bien”, “sabía a que iba”, “no se, estaría sensible”, evidentemente no era esto. Le pregunto como termina la película y con mucha angustia cuenta que la protagonista, muere de la mano de su profesora de literatura, su único y más cercano afecto.

En este punto intervengo en dirección a otra muerte, la muerte de su hija. Repite otra vez el mismo relato de siempre: Melisa dormía, había cenado bien después de un largo tiempo de no digerir alimentos y consumirse lentamente. Julia había fantaseado muchas veces la muerte de su hija en invierno, debido a las largas crisis respiratorias que requerían su inmediata internación; transcurría el mes de Diciembre; aproximadamente a las 9:00 hs. Se despierta por el llanto de su hija menor, de seis meses, cuando entra a la habitación encuentra a Melisa muerta. Esta vez agrega a su relato un nuevo dato: a las 6:10 hs. de la mañana, se había despertado.

Pregunto sobre esto y explica: “nunca supe si fue esoterismo o qué, pero yo desperté y fue como si una mano me tirara para atrás, me dormía, caí en un sueño profundo, alivianador”.

...¿Qué la despertó? ¿Por qué a esa hora? ¿Un sueño alivianador de qué?...Al preguntar en este sentido, irrumpe en llanto y me cuenta que la médica que confeccionó el certificado de defunción indica las 6:15 hs. como hora registro del fallecimiento.

Julia estaba concurrendo a nuestra cita.

Freud, refiere un sueño en el que un padre había pasado muchos días sin reposo junto al lecho de su hijo enfermo. Muerto el niño decide descansar en la

habitación contigua a la que el niño era velado, dejando a un anciano amigo a cargo de esta función. Así, sueña que su hijo se acerca a su cama tomándolo por su brazo y reprochando en su oído: “padre ¿no ves que estoy ardiendo? Al despertar ve un resplandor, y al entrar en la habitación contigua encuentra al anciano dormido y uno de los cirios caído sobre el ataúd de su hijo, incendiando la parte de la mortaja que cubría su brazo.

Freud plantea que si bien es un sueño pleno de sentido, se trata fundamentalmente de la realización de un deseo; “en el sueño el niño se comporta como si aún viviera, si el padre prolonga por un momento su reposo es en obsequio de esta realización de deseo, si hubiera despertado antes, por causa de la realidad, hubiera abreviado en ese lapso la vida su hijo. El deseo de continuar durmiendo presta su ayuda en todos los sueños al deseo inconsciente”.

Acaso, ¿es el deseo inconsciente de perpetuar la vida de su hija aquellos que duerme a Julia?

Lacan: “¿No fui despertado el otro día de un corto sueño con el que buscaba descansar, por algo que golpeaba a mi puerta ya antes de que me despertara?”. Cuando el ruido del golpe llega no a mi percepción sino a mi consciencia, es porque la misma se reconstituye en torno a ese representación, se que estoy bajo el golpe del despertar, se que estoy knocked...

Respecto del sueño mencionado anteriormente Lacan plantea que el padre del niño es despertado por algo. ¿Qué lo despierta? ¿No es acaso en el sueño otra realidad? La realidad en la que el niño parado al lado de su cama murmura en tono de reproche ¿Padre no ves que ardo? Dirá que esta frase tiene más realidad que el ruido con el que identifica lo que ocurre en la habitación contigua. Acaso ¿no pasa por estas palabras la realidad fallida que causó la muerte del niño? El mismo Freud plantea que hay que reconocer en estas palabras aquello que perpetúan, separadas para siempre del hijo muerto. Tal vez fueron dichas a su padre debido a la fiebre, o tal vez perpetúen el remordimiento de haber delegado la función de velarlo a alguien que no estuvo

la altura de las circunstancias, se durmió. De todos modos ¿no es ya demasiado tarde respecto de lo que está en juego, a la realidad psíquica que se manifiesta en la frase pronunciada? ¿Qué encuentro puede haber ahora con ese ser inerte para siempre, a no ser aquel que sucede en el preciso momento en que las llamas vienen a unirse a él por accidente? La realidad de este sueño está en que se repite algo fatal, con ayuda de la realidad misma, y es que quien debía velar el cuerpo sigue durmiendo, aún cuando el padre llega después de haberse despertado. Así el encuentro siempre fallido se dio entre el sueño y el despertar, entre quien sigue durmiendo y quien durmió para no despertar. El sueño no es una fantasía que colma un anhelo, y tampoco la afirmación de que su hijo aún vive, sino que el niño muerto que toma a su padre por el brazo, visión atroz, designa un más allá, que se hace oír en el sueño, allí el deseo se presentifica en la pérdida de objeto, en su punto más cruel.

La pregunta en torno a Julia ya no se me arma respecto a qué la durmió...el deseo de..., sino a ¿Qué la despertó a las 6:10 hs.?, que provocó este sueño alivianador, este continuar durmiendo para no despertar. Acaso, un ronquido, diferente, inidentificable en ese extenso listado objeto de su obsesión, que impactó en esa escena fantaseada todo el tiempo, la escena de la muerte, que ahora ¿se hacía realidad? Esto golpeaba su puerta antes de que ella despertara, he aquí el golpe del despertar, el knock.

Julia despierta porque sabe, intuye, ve entre sombras, mezcladas de fantasía y realidad, en una escena que transcurre en otro espacio, intemporal, el entre percepción y conciencia.

Julia duerme ante esto que Lacan planteó como insoportable, este instante sin palabras, el desfallecimiento de la función paterna, al saber que ya no hay nada que en tanto madre pueda garantizarle a su hija.

Julia duerme para no anoticiarse de esta muerte, y va por la vida, como si “la vida fuera sueño”, durmiendo, y produciendo síntomas, persiguiendo sillas de ruedas con niños discapacitados para encontrar allí algo de Melisa, o angustiándose cuando el final de la película la traslada a la fantasía de que si

ella hubiera podido tomar la mano de su niña, algo hubiese sido diferente, al menos hubiese muerto acompañada, y ella hubiera sido eternamente su mamá, (para ella esta circunstancia funcionaba como una especie de garantía), o entristeciéndose al ver a un chico de la calle, niños por los cuales “no hacemos nada”, ni siquiera tomarlos de la mano...

Lacan plantea que el psicoanálisis está orientado hacia lo que en la experiencia es el hueso de lo real. Se trata de un encuentro esencial, de una cita siempre reiterada con un real que se escabulle. La *tyché*, este encuentro con lo real, siempre fallido, está más allá del *authomatón*, del retorno, de la insistencia de los signos.

Así, más allá de los signos, del largo paseo por el camino del sentido, lo singular del psicoanálisis radica en sondear este punto de encuentro con lo real, punto de tropiezo, en este no poder dejar de saber, sobre una realidad que está ahí, sufriendo, aguantada, a la espera.

Así, Julia supo que el tomar la mano de su hija, no hubiera modificado la realidad en lo esencial, en verdad nada sabemos, solo que Melisa ya no está, y su función de mamá de Melisa, amén de su ardua voluntad, ya no puede ser ejercida.

Julia supo después de veinte años que Melisa ya no está y hoy ya no duerme, solo intenta soportar esa realidad.