

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

**Facultad de Humanidades y Ciencias sociales**

**Práctica y Habilitación Profesional**

**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

**TRANSFERENCIA Y POSICIONAMIENTO SUBJETIVO E INTERVENCIONES  
SOBRE UN CASO UNICO**

Tutora: Analía Brizzio

Marzo 2018

## Índice

<b>1. Introducción</b> .....	2
<b>2. Objetivos</b> .....	4
2.1 Objetivo general.....	4
2.2 Objetivos específicos .....	4
<b>3. Marco Teórico</b> .....	5
3.1 Desarrollo Histórico del Psicoanálisis .....	5
3.2 La noción de transferencia .....	8
3.3 Los aportes de Lacan .....	13
3.4 Transferencia y posicionamiento subjetivo .....	15
3.5 Intervenciones y posicionamiento subjetivo .....	18
<b>4. Metodología</b> .....	20
4.1 Tipo de estudio.....	21
4.2 Participantes.....	21
4.2.1 El paciente .....	21
4.2.2 La terapeuta .....	21
4.3 Instrumentos.....	22
4.4 Procedimiento .....	22
<b>5. Desarrollo</b> .....	24
5.1 Presentación del paciente y motivo de consulta .....	24
5.2 Posicionamiento subjetivo inicial del paciente y vínculo materno.....	24
5.3 Transferencia y posicionamiento subjetivo .....	27
5.4 Intervenciones y cambio en el posicionamiento subjetivo .....	30
5.5 Cambios en el posicionamiento subjetivo en la segunda etapa del tratamiento .....	33
<b>6. Conclusiones</b> .....	38
<b>7. Referencias Bibliográficas</b> .....	42

## 1. Introducción

La Institución donde se realiza la residencia es un espacio psicoanalítico dedicada a la atención clínica, formación y transmisión del psicoanálisis donde se llevan a cabo entrevistas de admisión, pasantías, postgrados, talleres, grupos de investigación, seminarios y grupos de supervisión.

La práctica consta de 280 horas, que promedian un total de 25 horas semanales. La concurrencia implica observar las entrevistas de admisión, la participación activa en los talleres, los grupos de estudio y de los grupos de supervisión. La inclusión en los distintos espacios y el seguimiento de un tratamiento en particular, despertaron el interés en la articulación de conceptos teóricos con sus correlatos técnicos, particularmente -la noción de transferencia- y sus cambios a la luz de las modificaciones teóricas sucedidos dentro de la teoría psicoanalítica a partir de la inclusión de las nociones de vincularidad, subjetividad y posicionamiento subjetivo; que implican necesariamente una revisión en los modos de intervenir en los tratamiento clínicos.

Este trabajo esta guiado por la siguiente pregunta: ¿las intervenciones del analista y la escucha del paciente producen cambios en la posición subjetiva de éste?

A partir de tal pregunta, se plantea la realización de un estudio de caso, proporcionado por el director de la institución, donde se pueden apreciar determinados hitos de un tratamiento y analizar el material en función del foco u objetivo de la investigación a realizar.

En este caso, se decide delimitar el campo de las intervenciones del terapeuta, entendiendo que sus modos de actuar en el tratamiento buscan modificar el posicionamiento subjetivo del paciente, promoviendo un cambio en el proceso terapéutico. Sin embargo, al ser un abordaje psicoanalítico, la intención de intervenir a partir de la dimensión transferencial del tratamiento; implica preguntarse sobre la relación entre este campo teórico -la transferencia- con el posicionamiento subjetivo y las intervenciones realizadas.

Entonces, se propone revisar el surgimiento del concepto de transferencia, elaborado por Freud en 1912, sus cambios históricos y los aportes de autores post-freudianos al campo de los patrones inconscientes puestos en juego por el paciente y el analista en la relación terapéutica. A partir de allí, se relaciona la noción de transferencia con la de posicionamiento subjetivo puesto que promueve cambios en los modos de intervenir en sesión.

A partir de esta revisión, se propone la aplicación y análisis del correlato de estos conceptos teóricos y técnicos en el estudio de un caso único, específicamente, en las viñetas provistas sobre un tratamiento donde el terapeuta interviene para producir un cambio subjetivo que le permita interrumpir la repetición de un patrón transferencial.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo general**

Analizar el posicionamiento subjetivo de un paciente en un proceso psicoanalítico, el fenómeno de transferencia que se establece y las intervenciones del analista a lo largo del tratamiento.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Describir el posicionamiento subjetivo del paciente al inicio del tratamiento y su relación con el vínculo materno.
- Analizar la relación de transferencia entre el paciente y el analista y las intervenciones de éste para modificar la posición subjetiva del paciente; a lo largo del tratamiento.
- Analizar si se han producido cambios en el posicionamiento del paciente en la segunda etapa del tratamiento.

### 3. Marco Teórico

#### 3.1 Desarrollo Histórico del Psicoanálisis

El psicoanálisis se desarrolla a principios del siglo XX en Europa, América del Norte y América del Sur, expandiéndose a la civilización occidental y en este momento en algunos países de oriente. Nace, en 1910, se funda la primera Asociación Psicoanalítica Internacional en Viena. En 1912/ 1913 el psicoanálisis prospera donde se habían desarrollado los principios de la psiquiatría dinámica: Suiza, Gran Bretaña y los Estados Unidos. Más tarde luego de la Primera Guerra Mundial, en Francia e Italia y, posteriormente, en los países Nórdicos. La preeminencia del estalinismo en Rusia y el nazismo en Alemania trunca las modalidades de implantación y organización del psicoanálisis en Europa. Entre 1932 y 1941 abandonan Europa los psicoanalistas freudianos de la primera y segunda generación. Una cuarta parte de la comunidad freudiana se instala Gran Bretaña, tres cuartas partes en los Estados Unidos y una minoría en Sudamérica, principalmente en la Argentina y en Brasil. Producto de la emigración se fortalece el poder de la Internacional Psychoanalytical Association (I.P.A.) se divide el freudismo clásico en varias corrientes y dentro del psicoanálisis se reemplaza la lengua alemana por la inglesa. tuvo tres. “Se señala que la condición para la formación de un movimiento psicoanalítico es la existencia de un estado de derecho que garantice el libre ejercicio de la enseñanza de las teorías psicoanalíticas.” En la Argentina, el descubrimiento de Freud le dá una oportunidad a una parte de la sociedad que viene de Europa de reencontrarse con sus orígenes, su historia infantil y sus deseos inconscientes. En 1940 surge la idea de fundar una Sociedad Psicoanalítica con miembros psicoanalizados.

El Dr. Ángel Garma prestigioso psicoanalista, con una sólida formación, miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional, analizado en Alemania con Theodor Reik, y el Dr. Celes Cárcamo que aportó su formación en Francia donde se analizó con Paul Schiff, miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París integraron el grupo original. Algunos meses antes de firmar el Acta Inaugural de la futura Asociación, llegó al país la Dra. Marie Langer, que se había formado en el Instituto de Viena. El 15 de diciembre de 1942 firmaron el Acta Inaugural de la Asociación Psicoanalítica Argentina: Ángel Garma, Celes Cárcamo, Arnaldo Rascovsky, Enrique Pichón Riviere, Marie Langer y Enrique Ferrari Hardoy. Cada Asociación Psicoanalítica debe cumplimentar ciertos requisitos para ser aceptada como

Miembro de la International Psychoanalytical Association. El 23 de diciembre de 1942 fueron reconocidos provisoriamente como grupo psicoanalítico por Ernst Jones, en espera de la ratificación que se le otorgaría en el primer Congreso Internacional, que se realizaría al finalizar la segunda guerra mundial. En julio de 1943, a siete meses de la fundación de la Asociación se crea la Revista de Psicoanálisis (Asociación Psicoanalítica Argentina , 2018).

Laplanche y Pontalis (1996) señalan que el término Psicoanálisis deriva del griego *psykhé*, alma o mente y *analysis*, en el sentido de examen o estudio. La misma es una práctica terapéutica fundada por el neurólogo vienés Sigmund Freud alrededor de 1896. A partir del Psicoanálisis se han desarrollado posteriormente diversas escuelas de psicología profunda o de orientación dinámica y analítica. Asimismo, la teoría ha influenciado a muchas otras escuelas psicológicas y de terapias no necesariamente psicoanalíticas.

El concepto de psicoanálisis refiere, por una parte, al modelo teórico descriptivo y explicativo de los mecanismos, procesos y fenómenos implicados en la vida anímica humana. Este modelo se basa en la experiencia de Sigmund Freud en el tratamiento clínico de casos de neurosis, fobias y diversos padecimientos psíquicos. Por otro lado, el psicoanálisis se refiere también a la terapia psicoanalítica misma, es decir, a un conjunto de procedimientos y técnicas terapéuticas para el tratamiento de conflictos psíquicos. Asimismo, el término psicoanálisis puede referirse además al método psicoanalítico, el cual es un método de investigación que ha sido aplicado más allá de la psicología clínica individual, al análisis de fenómenos culturales, por ejemplo en etnología y antropología. El desarrollo del psicoanálisis es permanente en estos tres aspectos por parte de investigadores y clínicos, si bien es necesario remarcar que tal segmentación del campo psicoanalítico no puede ser otra cosa que una esquematización descriptiva, y que en ningún caso da cuenta de la estructura propia del psicoanálisis donde teoría y práctica se encuentran ligadas sin poderse dar la una sin la otra.

Freud sostuvo que una de las glorias del psicoanálisis era la coincidencia de investigación y tratamiento, si bien aclara que la técnica de ambas difiere. El psicoanálisis moderno se caracteriza por el pluralismo teórico, metódico y terapéutico. Si el psicoanálisis puede ser considerado una teoría científica es un asunto que en círculos académicos y profesionales continúa siendo controvertido. Freud (1923) señaló que el psicoanálisis sólo conoce un fin, el de comprender algo de la naturaleza de las enfermedades nerviosas llamadas funcionales, para vencer la impotencia médica..

El Psicoanálisis posee un método de investigación, un método psicoterapéutico y un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas. El método de investigación, apoyándose en la asociación libre permite darle un significado inconsciente a las palabras, actos, sueños, fantasías y delirios de una persona. El método psicoterapéutico se basa en la investigación y en la interpretación de la resistencia, de la transferencia y del deseo. Las teorías psicológicas y psicopatológicas están sistematizadas a partir de los datos obtenidos de la investigación y del tratamiento. Freud lo denomina Psicoanálisis porque es el trabajo por el cual se hace consciente lo psíquico reprimido en el paciente. Utiliza la palabra análisis puesto que significa fraccionamiento y descomposición. Los síntomas y manifestaciones patológicas del paciente son actividades psíquicas complejas, están compuestas por motivaciones y mociones pulsionales, ignoradas por el paciente. Por medio del análisis o sea por la descomposición de estas formaciones psíquicas se le enseña al paciente que otras motivaciones pulsionales, que él desconoce, ayudan a producir el síntoma (Laplanche y Pontalis, 2016).

Para Roudinesco (2008), Freud llama Psicoanálisis a un método particular de psicoterapia basado en la exploración del inconsciente mediante la asociación libre del paciente y la interpretación del psicoanalista; al tratamiento que utiliza éste método, a la disciplina y a la escuela de pensamiento psicoanalítico.

El Psicoanálisis, según Sigmund Freud (1856-1939) ha sido definido por su fundador como un campo teórico sobre el funcionamiento psíquico –metapsicología-, un modelo de investigación y una modalidad de tratamiento sostenido en la noción de conflicto (Freud, 1922). Dicho conflicto se origina por la pugna entre tres instancias psíquicas: ello, yo y superyó; que actúan según las tres instancias: inconsciente, preconscious y consciente y determinan los modos de relación del sujeto con sí mismo y su entorno (Álvarez, 2012).

Según Pereda (2009), el conflicto psíquico constituyó desde muy temprano en psicoanálisis el elemento central de la concepción de la neurosis, que permitió tanto dar cuenta de sus mecanismos psicopatogénicos, como acceder al "saber" sobre la enfermedad psíquica, esa desconocida, degenerada y constitucional. Pero luego pasó a ser un elemento constitutivo del ser humano, un elemento nodal de su naturaleza, de su ser. Según esta idea, la misma dinámica del conflicto permitió al hombre despegó de los otros animales atrapados en los meandros del instinto, condenados a una ciega repetición uniforme y codificada. Por él,

accedió al lenguaje, a la cultura y modificó el mundo, que pasó a ser "su mundo" desde que todo pudo ser representado y anticipado.

Según el Psicoanálisis el conflicto constituye una característica humana cuando se enfrenta con lo prohibido (reprimido). Los deseos instintivos pueden convertirse en representaciones intolerables que dan lugar a las psiconeurosis de defensa.

El núcleo esencial del conflicto es la lucha entre las pulsiones sexuales (instinto de vida-principio de placer) y las pulsiones de autoconservación (pulsiones del yo – principio de realidad), separados por la censura. Según Freud, la represión de las manifestaciones primarias produce los síntomas neuróticos.

El neurótico no puede gozar ni producir porque su libido está ligada a los síntomas, que le procuran una satisfacción sustitutiva y porque destina gran parte de su energía en mantener la libido reprimida. Mejoraría si el conflicto entre su yo y su libido terminara. El trabajo analítico radica en desasir la libido de sus provisionales ligaduras sustraídas al yo y ponerlas a su servicio. Para ello es necesario revivir el conflicto que lo originó y darle otra solución. En la relación, en la transferencia con el analista se generan nuevas interpretaciones del antiguo conflicto. El paciente querría comportarse como lo hizo en su momento, pero el analista lo obliga a tomar otra decisión. Toda la libido se concentra en la relación con el médico, los síntomas quedan sin libido. En lugar de la enfermedad del paciente aparece la de transferencia, generada artificialmente, la enfermedad de la transferencia (Freud, 2004).

### **3.2 La noción de transferencia**

Dentro del campo psicoanalítico, una de las nociones centrales que atraviesa los escritos técnicos es el concepto de transferencia.

Laplanche y Pontalis (1971), definen la transferencia como una repetición de prototipos infantiles, que se actualizan en la relación con el analista y es un proceso en el cual los deseos inconscientes sobre ciertos objetos se reeditan y se hacen conscientes en el proceso de la cura.

Freud (1912), se pregunta cómo opera el fenómeno de la transferencia en el tratamiento. El ser humano tiene disposiciones innatas que junto con sus vivencias infantiles se repiten a lo largo de su vida. Estas determinarán el ejercicio de su vida amorosa, las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como también las metas

que se fijará. Sin embargo, sólo una parte de estas mociones recorre el desarrollo psíquico, vuelve hacia la realidad objetiva y está disponible a la conciencia.

Para Freud (1915), la transferencia es un producto que se lleva a cabo en el camino del análisis, y el manejo de parte del analista es imprescindible, dado que si bien es condición para el análisis, también puede devenir, rápidamente, en obstáculo. Entonces, la primera meta del tratamiento es ligar al paciente al tratamiento y a la persona del médico. Sí se demuestra interés y empatía, el paciente por sí mismo produce ese allegamiento y enhebra al médico en una de las imágenes idealizadas de aquellas personas de quienes recibió amor durante la infancia (Freud, 1912; 1913).

La transferencia es la función mediante la cual un sujeto transfiere, de manera inconsciente, y revive, en sus vínculos nuevos, sus antiguos sentimientos. Estas emociones reaparecen en el presente tal y como las hemos imaginado o como fantasías del pasado. Este fenómeno es también muy importante para la cura analítica. Para el psicoanalista Daniel Lagache (1949), *"se trata principalmente de un desplazamiento de una conducta emocional, en relación con un objeto infantil, especialmente los padres, a otro objeto u otra persona, especialmente el psicoanalista en el momento del tratamiento"*.

Según autores contemporáneos, la transferencia ocupa un lugar central que trasciende a la palabra, porque el cuerpo también hace presencia de ausencias.

Para Nasio (2005), el analista, no sólo debe prestar atención a las palabras y a los silencios del analizante sino también a su lenguaje corporal. El analista debe desplegar una escucha dinámica y activa, dispuesta a lograr tres objetivos primordiales: lograr la transferencia, situar la causa del padecimiento y conseguir expresar esta causa en palabras que aclaren, movilicen y calmen al paciente.

Son los contenidos inconscientes y los modos de funcionamiento psíquico inconscientes –generalmente infantiles– los que impactan en el tipo de relación que el paciente pone en juego en las sesiones dentro del contexto de un tratamiento psicoterapéutico (Samat, 2006). De aquí se deriva que la noción de transferencia es un concepto técnico que ocupa un lugar central en la teoría psicoanalítica que modula el campo de las intervenciones terapéuticas desde el momento mismo de su surgimiento (Weissmann, 2004).

Ambas perspectivas aluden a los modos en que Freud pensó el término a partir de sus posiciones frente a lo que definió como núcleo patógeno y obstáculo de la cura (Weissmann, 2004). Abordar la noción de transferencia implica aludir también a las nociones de resistencia y repetición. Las resistencias que Freud enuncia, aún originadas en instancias psíquicas, tienen todas la función de obstaculizar el cambio, el análisis y son inconscientes (Freud, 1926). La resistencia a la transferencia y la compulsión a la repetición son dos de las más estudiadas y comentadas por su impacto en la clínica y el encuadre del tratamiento.

Al respecto Vainer (2008) explica:

*“Freud conceptualizaba desde los inicios de su obra la resistencia como aquello que se opone al avance de la cura analítica, o sea al acceso a lo inconsciente. La resistencia se podía vencer con la interpretación de la misma. Inicialmente encontró a la resistencia como derivado clínico de eso que teorizaba como represión. Luego, llegó a la transferencia como resistencia. El propio trabajo clínico lo llevó a reformulaciones. El viraje de la década del 20 incluyó la segunda tópica y la formulación de la pulsión de muerte. Desde entonces las resistencias ya no fueron una sola. En el final de Inhibición, síntoma y angustia (1926), Freud menciona cinco formas de resistencia. Tres del yo: la resistencia de represión, la resistencia de transferencia y el beneficio secundario del síntoma. Una del ello: la compulsión a la repetición, ligada a la pulsión de muerte, al igual que la resistencia del superyó, el sentimiento de culpa inconsciente y la necesidad de castigo. Posteriormente, en la década del 30 agregaría otra resistencia del ello, la viscosidad de la libido, en Análisis terminable e interminable (1937)”.*

De acuerdo a cómo se articulen dichos conceptos se vuelve evidente que Freud trata de manera ambigua la transferencia, funcionando como el máximo escollo en la práctica con los pacientes, así como también como el motor de la cura (Álvarez, 2012).

En términos cronológicos, Freud comienza aludiendo a la transferencia en términos negativos. En “Estudios sobre la histeria” (Freud, 1893-1895), plantea - junto a Breuer - que el síntoma es consecuencia de una vivencia traumática. Ésta deja como efecto un recuerdo - huella mnémica-, que funciona, en tanto traumática, como núcleo patógeno. A partir de allí entonces, la terapia analítica tendría como objetivo acceder al recuerdo de la vivencia, para lograr abreaccionar la carga afectiva que conlleva tal huella. Esta es la dirección de la cura como “levantamiento de represiones”.

En este punto, para llegar al núcleo, la asociación debe conducirse por el resto de las representaciones. A medida que mediante las asociaciones libres –regla fundamental del análisis- se acerca al núcleo patógeno, y comienzan a emerger afectos “sin” representaciones, dichos afectos –productos desligados de vivencias reprimidas e infantiles- se transfieren al analista o terapeuta como figura disponible (Weissmann, 2004). De esta manera, se establece una primera acepción de la transferencia, ligada fundamentalmente al falso enlace (de las vivencias traumáticas inconscientes a la figura del terapeuta) y a la resistencia, ya que este fenómeno - al obstruir la continuación del recorrido - impide arribar a la cura.

Ahora bien, la noción inicial de Transferencia ha sufrido transformaciones, incluso dentro de las mismas formulaciones freudianas. En “Fragmento de análisis de un caso de histeria” (Freud, 1901), Freud sostiene que la vivencia traumática es contingente, y pone en primer plano, más bien, la fantasía (Weissmann, 2004). Postula al síntoma como una conjunción de elementos pulsionales y psíquicos. Así, las transferencias serían reediciones, reelaboraciones de las mismas mociones pulsiones y las fantasías que sostienen la sintomatología, pero ahora jugadas en el vínculo con el terapeuta. Aquello experimentado con las personas significativas de la infancia, ahora se reactualizan con el analista. Esta reactualización funciona entonces como obstáculo, e impide la cura, que ahora tendría que ver con el análisis de tales mociones pulsionales y fantasías. La Transferencia es entendida ahora como una resistencia, en la que aparece en primer plano la cuestión de la repetición (Wallerstein, 1990).

Cada vez más, la asociación libre se consolida como la regla fundamental del análisis y es complementada por parte del analista por la atención libremente y parejamente flotante, la abstinencia y la neutralidad.

Debemos tener en cuenta, que según Freud (1914), el analista debe escuchar al analizado -no debe, a priori, conceder un privilegio a ningún elemento del discurso ni enfocarse en las motivaciones que dirigen su atención-. Para ello es necesario mantener la atención flotante, refiere a una regla mediante la cual el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas –el analista no debe satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que tiende a imponerle puesto que impiden la rememoración y elaboración-. Finalmente, la neutralidad es una actitud que implica que el terapeuta no debe “tomar partido” ni sugerir decisiones, acciones o soluciones a la conflictiva del paciente (Álvarez, 2012).

En su artículo “Sobre la dinámica de la transferencia” Freud (1912) define al síntoma como consecuencia de la represión ejercida sobre fantasías incestuosas. Por ende el tratamiento consistirá en analizar tales fantasías, y las mociones pulsionales puestas en juego. Freud propone que mientras se produce tal análisis, la libido comienza a desprenderse de los síntomas y trasladarse a la persona del analista. Esto produce una paralización en el avance del análisis, porque experimentar tales fenómenos con aquel al cual se le debe decir todo es difícil y tortuoso, lo cual puede producir el abandono de la cura.

Cuando la transferencia, en el enlace falso, se encuentra a los fines de la repetición, la misma actúa como resistencia. En ese momento, Freud piensa a la misma como base de la reacción terapéutica negativa, y es considerada, en ese momento, uno de los mayores obstáculos para el tratamiento. (Álvarez, 2012).

Estas formulaciones cada vez más claras de Freud sobre los peligros que encarna el desconocimiento de la transferencia y su dinámica dentro del tratamiento también se sostiene en ciertos debates que mantuvo sobre el devenir del análisis con alguno de sus discípulos, como es evidente en el artículo “Observaciones sobre el amor de transferencia” (Freud, 1914).

Sin embargo, Freud establece ciertas condiciones a partir de las cuales la transferencia es entendida como motor de la cura. En su escrito “Recordar, repetir y reelaborar” (Freud, 1914), Freud señala que la rememoración tiene un límite y que no todo se puede recordar. Es decir, que el síntoma no es totalmente interpretable o simbólico y que aquello que no se recuerda, se actúa en la transferencia con el analista. Aquello pulsional que no puede hacerse consciente mediante la palabra, se pone el acto en la figura del terapeuta. Entonces, en el caso de aquello que está “más allá” de lo reprimido, se vuelve accesible mediante el análisis de la transferencia (Freud, 1914).

Este procedimiento sólo se puede realizar a partir de que se trasladen los afectos a la relación con el médico, mediante la neurosis de transferencia. La transferencia entonces: "permite el desplazamiento de las representaciones inconscientes sobre la persona del analista facilitando la repetición. Queda por interpretar esta transferencia para que la repetición dé lugar a la rememoración" (Cosentino, 1999b, p. 44). En efecto, el inconsciente es el instrumento del psicoanalista, este proporciona su inconsciente sobre el que se proyectan las imágenes infantiles y olvidadas del paciente (Nasio, 2005).

### 3.3 Los aportes de Lacan

Lacan se apoya en Freud para argumentar que el analizante no recuerda "nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo sino como acto" (Cosentino, 1999). De allí se infiere que el paciente "repite, sin saber, desde luego, que lo hace" y el analista "comprende, al fin, que ésta es su manera de recordar." (Consentino, 1999, p. 45-46). Según Lacan, el principal recurso para dominar la compulsión de repetición del analizante y transformarla en un motivo para recordar, reside en el manejo de la transferencia. A partir de Lacan, la transferencia es la puesta en acto de aquello que se repite (Rabinovich, 2010).

En el seminario 12, Lacan define lo que llama "transferencia en el presente", como distinción de la repetición freudiana. Afirma que en la transferencia no sólo retorna aquello reprimido en el pasado, sino que se hace presente algo que se crea –se ficciona- para quien escucha, en este caso, el analista. En esa ficción se recrean las formaciones del inconsciente. En este sentido, se infiere que la interpretación incluye el aquí y ahora de la relación terapéutica (Rabinovich, 2010). Pero en dicha formulación, el analista está incluido porque es a él a quien se dirige esa ficción (Lacan, 1967).

Así, la transferencia se entiende desde un doble sentido: por un lado, como resistencia que obstaculiza la cura y, al mismo tiempo, como guía que indica el camino a seguir. Entonces, dado que la transferencia no se reduce a la repetición de lo reprimido, sino que se produce algo más, relativo a aquello nuevo que ocurre entre paciente y analista; es en la misma transferencia donde el analista "completa" el síntoma (Lacan, 1964-1965). Dice:

*"Es enteramente evidente que en ese registro el psicoanalista se introduce en primer lugar como sujeto supuesto saber, es él mismo quien recibe y soporta el estatuto del síntoma" (Lacan 1964-1965, p. 112).*

Entonces, según Lacan, el paciente le adjudica un saber a otro –el analista-, al que va a consultar, cuando empieza un proceso analítico. Así, se "instituye" el síntoma que debe ser develado en el análisis a través de la interpretación. Del devenir de esa transferencia y de su análisis depende el camino de la cura analítica (Nasio, 1994).

El sujeto para Lacan es un sujeto alienado. Lo que Lacan llama "sujeto" es justamente ese enigma alienado en el lenguaje, por la división que funda el inconsciente, que descentra el individuo y la razón (Lacán, 1981).

En el análisis, gracias a la transferencia, una vez que el analista se convierte en depositario del Sujeto Supuesto Saber, detenta el privilegio de hablar desde el lugar de la verdad (de la que es dueño). Esta atribución subjetiva es precisamente lo que el análisis debe disolver para acceder al sujeto del inconsciente (Rabinovich, 2012).

En el Libro 8, “La Transferencia” Lacan sostiene que "ofrecer un lugar vacante para que el deseo del paciente se realice como deseo del Otro" (Lacan, 2003, p. 125) y en la Proposición del 9 de octubre de 1967, “El Sujeto supuesto Saber es para nosotros el pivote desde el que se articula todo lo tocante a la transferencia”. De este modo, Lacan articula ese “lugar vacante” como aquel lugar donde la transferencia se instala y permite la intervención analítica.

Es Miller quien vincula los desarrollos freudianos sobre Transferencia con los aportes de Lacan (Rubinstein, 2009). Miller (2005), buscando una relación sobre el concepto de transferencia en la obra freudiana, sintetiza su aparición de tres formas: repetición, resistencia y sugestión. De este modo, entendiendo la transferencia como obstáculo se acerca a la definición lacaniana de transferencia como parte del registro imaginario en tanto impedimento de acceso al sujeto del inconsciente (Rubinstein, 2009)

Según Rubinstein (2009), cada sujeto responde de un modo singular al padecimiento y el analista será aquel que sostenga un lugar en el que el paciente pueda emprender “un camino en el análisis”.

En este sentido, es Miller (2005) quien sostiene que es el analista quien interviene desde un lugar particular en el discurso, desde la interpretación o el silencio. Donde no es tan importante aquello que dice, sino el lugar desde donde el analista se pronuncia. Para ello, el analista necesita ser versátil, ponerse a disposición de la situación para dirigirla (Rubinstein, 2009).

Freud (1912) se ocupa de definir aquello que tiene que ver con la posición del analista es decir su lugar en la cura. Se muestra prudente respecto de la técnica, aclara que lo que va a transmitir es producto de su experiencia clínica y es tributaria de lo que llama el escarmiento es decir el encuentro con lo ignorado, por el camino de la suposición errónea. Por otra parte advierte que en ese camino de búsqueda y encuentro está en juego la individualidad, el resultado de la técnica que le sirve a él que no tiene la pretensión de estar hecha a la medida de todos. Esta técnica está en función de un propósito a ser alcanzado. La estrategia en ese sentido es un plan de largo alcance, una táctica es lo que debe hacerse en lo inmediato.

El analista no debe perder nunca el objetivo final, en este punto debe ser inflexible, los modos y la manera de lograrlo deben ser acordes al fin, pero incluyen lo que Freud denomina la individualidad del analista, introduciendo así una variable que complejiza el campo, un elemento problemático que es esa función que es la del analista como el punto a través del cual la cura tiene lugar. Pero, ¿qué lugar es ese? Primero Freud habla de aquello que como exigencia recae sobre el analista, el término exigencia se refiere a un lugar desde el que el analista se ve, esto es una referencia al ideal del yo, lugar de la censura ¿cuál sería el ideal del analista? Pero lo que se propone como el lugar del analista va en contra de cualquier ideal. Aquí Freud establece la regla de la “atención flotante”, exigencia entonces del lado del analista que va en contra de la manera de escuchar que se establece en la comunicación. Sí para el paciente la regla fundamental de la asociación libre, lo obliga a levantar la censura consciente sobre sus ocurrencias, del lado del analista se aplica del mismo modo la exigencia de no centrar la atención en este o en otro material por atrayente que sea. El analista debe estar a disposición de soportar el sinsentido sin forzar o precipitar una significación. Freud confía en que a posteriori las representaciones inconscientes abran un sentido que no estaba a disposición todavía del sujeto y tampoco del analista. Se trata de permitir que el inconsciente aflore en el discurso. Lo incoherente, los nexos laxos, el caótico desorden, se ordena naturalmente y aflora en la memoria del analista una vez que el paciente ofrece un nuevo material.

Soler (2004), retomando la idea de Miller, afirma que hay distintas modalidades de transferencia pero que, inicialmente, la misma transferencia “introduce al paciente en una cierta ilusión” (p. 782). Así, permite al paciente sentirse cuidado, tenido en cuenta, escuchado. Sobre este principio es que comienza el análisis, donde el analista escucha desde la perspectiva de la interpretación, a un sujeto que no sabe qué dice, a un sujeto que emerge en el discurso.

### **3.4 Transferencia y posicionamiento subjetivo**

Según Schroeder (2006), existe doble mirada posible respecto de las nociones de sujeto y subjetividad, por un lado vinculado hacia el “mundo inconsciente” (realidad psíquica, fantasía inconsciente, sujeto del inconsciente) y, por otro, vinculado al mundo intersubjetivo (los otros, la realidad fáctica).

Siguiendo esta propuesta, que incluye la doble perspectiva, es que Dryzun (2006) plantea que las posiciones subjetivas son la expresión de la relación sujeto-medio ambiente y de la constelación de identificaciones del sujeto y sus defensas psíquicas, según cómo éstas afecten el comportamiento o sus motivaciones.

Así, posición subjetiva, es un estado *interior* del sujeto, y un cambio de posicionamiento subjetivo es una modificación subjetiva interna (Dryzun, 2006).

En este sentido, Dryzun vincula daño con el de posicionamiento subjetivo. Dado que define la noción de daño como la estimación subjetiva de una posible amenaza y pérdida de la potencia personal para enfrentar una adversidad. El daño siempre remite a una condición del pasado y es memoria de un sufrimiento que marcó al sujeto. De este modo, el significado es estático y remiten a un sentimiento de fragilidad, inferioridad o vulnerabilidad que afectan al sujeto. Por el contrario, como alternativa, la autora presenta el camino del desafío puesto que presupone una posición subjetiva de afirmación y autoconfianza del sujeto, que ubica las acciones en el futuro. Muestra al sujeto identificado con la posibilidad, con la estimación anticipada de que transitando esa experiencia podrá obtener alguna ganancia en beneficio del crecimiento personal (Dryzun, 2006).

Cambio en el posicionamiento subjetivo se entiende entonces como una actitud, una apertura a un estado subjetivo posibilitador de nuevas de actitudes, modos de relación y aptitudes que no forman parte del acervo conocido. Este cambio implica entonces, en términos psicoanalíticos, modificaciones en el mundo interno y representacional, en el posicionamiento identificatorio y en el sentimiento de identidad, a partir de lo cual las conductas pueden cambiar (Dryzun, 2006). Uno de los modos de producir este cambio, es intervenir psicoanalíticamente en el campo transferencial a través del vínculo terapéutico (Schroeder, 2006: Dryzun, 2006).

De acuerdo con Korman (1996), si se instala la neurosis de transferencia, el síntoma comienza implicando al analista y termina anudándose completamente en él. El síntoma en el análisis se dirige al analista. Estos forman parte de la estructura psíquica del sujeto y constituyen el capital que el paciente trae a las entrevistas y al posible análisis. El mismo no se propone suprimir los síntomas y volver a un estado anterior sino que se trata de producir el pasaje a un estado nuevo. De ahí que, si el análisis es una transformación subjetiva y los síntomas son la riqueza que aporta el paciente para que se produzca esa transformación subjetiva, es necesario ponerlos a trabajar para modificarlos. Esto quiere decir deshacer las

condensaciones y los desplazamientos que los constituyeron, reabrir nuevas vías, pasando muchas veces por los caminos que los formaron.

Al decir que el analista es parte constitutiva de la experiencia analítica, la transferencia sería un lazo donde se despliega un discurso que involucra a ambos. Es allí donde se actualizan los fenómenos inconscientes, no sólo los del paciente sino también los del analista. Debe existir la atención flotante para que pueda desarrollarse la asociación libre del paciente. Ello permite que se produzca la aparición de alguna formación del inconsciente; por ejemplo, el síntoma, el acto fallido, el sueño, el chiste o el recuerdo encubridor, que nos conducirá a la cura, produciendo cambios en la posición subjetiva del paciente. (Korman, 1996). En este sentido, cabe retomar los desarrollos freudianos sobre las dificultades que implica el trabajo analítico, donde sostiene que la transferencia como obstáculo:

*“...supone el silencio, la detención de ocurrencias. El paciente deja de asociar o habla sin asociar. Al tiempo que se detienen las ocurrencias surge el interés por el analista que Freud coloca en la vertiente del amor, pero no como un enamoramiento, sino como una preocupación por la persona del analista, que pasa a ocupar el lugar del síntoma. Según sea hostil o tierna se dice que es negativa o positiva respectivamente. El punto en que se detienen las ocurrencias vale como resistencia, que no es definitiva, dado que con la intervención del analista pueden reiniciarse las asociaciones, y puede ser que gracias a la transferencia como obstáculo aparezcan en cadena asociativa algo que ayude a atravesar lo que está dormido o latente” (Freud, 1912).*

Sin embargo, cuando esas asociaciones se detienen, aparece la transferencia como obstáculo y es allí donde podemos decir según lo señala Freud: *“Al tiempo que se detienen las ocurrencias surge el interés por el analista que Freud coloca en la vertiente del amor, pero no como un enamoramiento, sino como una preocupación por la persona del analista, que pasa a ocupar el lugar del síntoma” (Freud, 1912).*

Por tal motivo, cabe retomar el planteo de Freud de 1923 cuando en el texto “Reacción terapéutica Negativa” se refiere a una reacción extraña de los pacientes durante el trabajo analítico, donde en lugar de producirse una baja de la tensión por parte del paciente hay un reforzamiento momentáneo del padecimiento.

Se define la reacción terapéutica negativa como un tipo de resistencia particularmente difícil de superar, debido a la cual, cada vez que se espera un progreso en el tratamiento, se produce un agravamiento, como si los que la presentan prefirieran el sufrimiento a la curación (Laplanche y Pontalis, 1967). Su carácter central reside en que se trata de una reacción que nace, se desarrolla, se construye, se resuelve o no entre dos. Es fabricada inconscientemente por esa pareja analítica, por la historia que juntos construyeron, por los escollos que no pudieron evitar y en ocasiones, por la ilusión de omnipotencia, de solución mágica y definitiva de las dificultades, desarrollada conjuntamente entre terapeuta y paciente.

En los casos típicos dice Freud, las formas analizables se declaran en el período precedente a un final previsto y fijado, prolongando, en esos casos, el tratamiento ya que hay que abstenerse de rigidez, no saltar “como un león” (Freud, 1937, pág. 222), sino trabajar lo mejor posible para que la separación sea buena o lo suficientemente buena. Esta dificultad surgiendo al fin del trayecto podrá, también, ser un sobresalto destinado sea a impedir que el tratamiento se termine en un momento considerado por el paciente como demasiado próximo, sea a liberar afectos negativos escondidos hasta entonces, lo que nos conforta en cuanto a la falta de gravedad de lo que será entonces un conflicto más a resolver. El comienzo de esta reacción podrá situarse mucho antes del fin del tratamiento en ocasión de una mejoría o de un éxito importante, que el paciente experimenta como el anuncio de un fin próximo, o luego de alguna alusión del analista a la eventualidad de una separación futura o de una disminución del número de sesiones.

En este sentido es Bion quien advierte que, muchas veces, la reacción terapéutica negativa se produce sea luego de la obtención de un desarrollo importante y prometedor, sea hacia el fin de un tratamiento hasta entonces aparentemente “logrado”, que entonces fracasa sin remedio (Urtubey, 2003). Pareciera entonces que ciertos atisbos de cambios subjetivos en el paciente, promueven importantes resistencias inesperadas al tratamiento.

### **3.5 Intervenciones y posicionamiento subjetivo**

En el campo psicoanalítico, el objetivo de las intervenciones es lograr el máximo autoconocimiento y modificación estructural de la personalidad (Wallerstein y DeWitt, 2000), tal como expresó Freud (1917), mudar lo inconsciente en consciente para favorecer la desaparición sintomática.

Sandler, Dare y Holder (1993) plantean que, desde Freud en adelante expresan que la interpretación es la figura más distintiva dentro de las técnicas psicoanalíticas.

Según Roudinesco (2008), la interpretación es toda intervención psicoanalítica que tienen como objetivo hacer comprender al sujeto la significación inconsciente de sus actos o de su discurso, que se manifiestan por una palabra, un lapsus, un sueño, un acto fallido, una resistencia, en transferencia. La construcción, en cambio es una producción que el analista hace en la cura para reconstruir la historia infantil e inconsciente del sujeto. La construcción es mejor que la interpretación porque permite restablecer reparar la significación completa de la historia de un sujeto.

Es el concepto que formula Freud para referirse a una elaboración del analista más amplia y más alejada del material que la interpretación. Se propone reconstituir una parte de la historia infantil del sujeto (Laplanche y Potalis, 2016).

De este modo, la Interpretación como modo de intervención, implica la deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y la conducta (Laplanche y Pontalis, 1971).

La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, al deseo implícito en toda producción del inconsciente. La interpretación puede recuperar un nivel de significado inconsciente y a través de su formulación (es decir, cuando el analista la verbaliza, la enuncia con palabras) puede llevar a la conciencia del paciente el sentido de un sueño, de un acto fallido, de un síntoma, etc., hasta entonces desconocido por el yo consciente del paciente. La interpretación psicoanalítica cumplimenta, entonces, la aspiración de hacer consciente lo inconsciente (Alvarez, 2012).

En algunos casos, el cambio de posicionamiento subjetivo es provocado desde la palabra a través de interpretaciones o señalamientos o confrontaciones (Sandler, Dare y Holder, 1993); otras veces, el cambio de posición subjetiva es promovido por el accionar del analista al modificar, en transferencia, una interrupción de la compulsión a la repetición. En este sentido, Miller (2009) sostiene que la “posición analítica” es un no complacer, no satisfacer la demanda imaginaria del analizante, como un modo de acción analítica como un modo propio de no hacer, que revela algo de la verdad de cada acción humana.

En este sentido, Frade (2007) afirma que se pueden vislumbrar dos vertientes en cuanto a la posición del analista: una vertiente particular y otra universal. La primera se puede considerar como una variante que está sujeta a cambios según el estilo que puede adoptar cada

analista. Aquí el mismo está habilitado a un margen de movimiento que lo distingue de otros analistas. La segunda es entendida como una invariante, porque implica ciertos requisitos o condiciones que harán permanecer al analista como tal, es decir, que lo mantendrán en el campo del psicoanálisis.

La vertiente particular se relaciona con principios de la clínica que el analista puede modular: la frecuencia de las sesiones, la duración, el pago del tratamiento, el puesto ofrecido a quien consulta y el estilo de intervención. Estas variables cumplen dos funciones, por un lado hacen que la clínica sea diferente, es decir, no siempre la misma; y, por otro, funcionan como soportes que facilitan o no el despliegue de las invariantes, anteriormente planteadas. Es por ello que, justamente a pesar de plantearse como márgenes de movimiento propios de cada analista, no son librados al azar. Los mismos se analizarán con cierta rigurosidad porque al ser elementos que enlazan sentidos, no son inocentes. Así, pues, el analista se avocará a despejar sus efectos en la práctica analítica.

Intervenir clínicamente para operar, en el campo transferencial, con la meta de promover un cambio en el posicionamiento subjetivo, implica interrumpir una repetición ocurrida “en el aquí y ahora” de la transferencia de modo de correr al sujeto de una posición subjetiva sostenida en patrones transferenciales, impulsar un cambio actitudinal en el sujeto a partir de la toma de conciencia de identificaciones cruzadas que modulan su manera de relacionarse (Dryzun, 2006).

Por otro lado, a la luz de la complejidad descripta del fenómeno transferencial que se da durante el proceso terapéutico, las intervenciones del terapeuta ponen de manifiesto no sólo los conflictos psíquicos del paciente, sino que evitan satisfacer la demanda del paciente (sobre la figura imaginaria del analista). Así, dice Lacan, hacia el final de análisis, el proceso implica la transmisión de la castración, lo que le permite al sujeto no sólo disponer de su deseo sino “saber hacer ahí” con lo real que se hace presente (Lacan, 1972). Afirma también que el final de análisis implica deslindar al analista de ese lugar imaginario de sujeto supuesto saber –necesario al comienzo del proceso y establecido mediante la transferencia- y hacer el duelo de esa figura imaginaria.

#### **4. Metodología**

## **4.1 Tipo de estudio**

Descriptivo de caso único.

## **4.2 Participantes**

Los participantes son terapeutas y pacientes que forman parte del trabajo clínico que se desarrolla en la Institución donde fue realizada la pasantía clínica. En el contexto de ese trabajo de campo, se tomó contacto con la terapeuta quien funcionó como asesora en la elección del material bibliográfico que se utilizó para el desarrollo del Mateórico-clínica.

### **4.2.1 El paciente**

Varón, de 21 años de edad, con estudios secundarios completos, no trabaja, vive con su madre, sus padres se encuentran separados. El motivo de consulta es su baja autoestima e inseguridad. Expresa que realizó tratamiento toda su vida, pero que nunca le sirvió.

Se presenta de forma llamativa, con una corbata colocada como vincha, mostrándose con características infantiles, lo cual lleva a inferir que, aún no puede llevar a cabo la transición de la Adolescencia a la Adulthood. La selección del paciente para el desarrollo de este TFI estuvo a cargo del analista entrevistado en ocasión de la investigación conceptual sobre la relación entre los conceptos de transferencia, posicionamiento subjetivo e intervenciones terapéuticas. Según el criterio del entrevistador, este material clínico brindaba la posibilidad de observar la articulación de tales temáticas en el campo clínico.

### **4.2.2 La terapeuta**

La terapeuta es una mujer, de 38 años, con 12 años de experiencia clínica. En relación a su formación, se define como psicoanalista. Es parte del staff donde se realizó la pasantía donde cumple funciones de terapeuta y supervisora.

Aceptó participar de las entrevistas pautadas como parte de la indagación teórica sobre la articulación entre los ejes mencionados y ofreció el material clínico correspondiente para realizar la articulación propuesta en los objetivos de investigación.

### 4.3 Instrumentos

- Transcripción de una síntesis de caso clínico.
- Entrevistas semi-dirigidas al analista que buscaron responder a las siguientes áreas: 1) posicionamiento subjetivo del paciente al inicio y al final del tratamiento en relación con el vínculo con su madre; 2) intervenciones del analista para modificar la posición subjetiva del paciente; 3) fenómeno de la transferencia y 4) los cambios del paciente.

### 4.4 Procedimiento

Para acceder a la información y posterior análisis del caso, se realizaron seis entrevistas semi-dirigidas al analista, cuya duración osciló entre 45 y 60 minutos.

Las entrevistas fueron organizadas de acuerdo a un esquema temático ordenado según los siguientes ejes:

- 1) posicionamiento subjetivo del paciente al inicio y al final del tratamiento en relación con el vínculo con su madre;
- 2) intervenciones del analista para modificar la posición subjetiva del paciente; 3) fenómeno de la transferencia y
- 4) los cambios del paciente.

En la primera entrevista se planteó el objetivo de acotar los ejes teóricos a los objetivos propuestos en esta investigación, continuando por la delimitación de los autores pertinentes dentro del campo psicoanalítico.

En las siguientes tres entrevistas, se focalizó en el esclarecimiento conceptual respecto de los vínculos entre los conceptos elegidos y sus implicancias técnicas.

En las últimas dos entrevistas se analizó la articulación tentativa de tales recortes teóricos con el material clínico provisto por la terapeuta.

Para el desarrollo de las entrevistas se confeccionaron las siguientes preguntas guía:

- Qué autores son los más representativos para ubicar el concepto de transferencia y sus cambios?
- Cuál es la relación entre transferencia y posicionamiento subjetivo?
- Qué implicancias tiene esta relación en torno al vínculo materno?

- Cómo se piensas las intervenciones analíticas en relación a la noción de posicionamiento subjetivo?
- Qué se entiende por cambio en el posicionamiento subjetivo y cuáles son sus dificultades?
- Cuáles serían algunas de las formas de evaluar los cambios en tal posicionamiento?

## 5. Desarrollo

### 5.1 Presentación del paciente y motivo de consulta

Para la articulación teórico-clínica, se presenta material de un caso clínico a partir de la síntesis realizada por su terapeuta. El paciente, al que se llamará Darío, tiene al momento del tratamiento 21 años y concurre a terapia por un período de un año y medio.

El paciente, según relata su terapeuta, vive con la madre y el hermano -que tiene retraso madurativo-, sus padres están separados. No estudia ni trabaja al momento de la consulta, no tiene pareja. Su nivel educativo es de secundario completo.

Como presentación inicial, su terapeuta dice:

*Se presenta diciendo que hizo tratamiento toda su vida, pero que nunca le sirvió. Dice que tiene una baja auto imagen y que todo es culpa de su papá. Se presenta en forma casi ridícula con una “vincha corbata” la cual lo ubicaba como centro de todas las miradas. Cuando se lo interroga, dice que en sus anteriores tratamientos apareció algo de esto y que él pone en ello toda su problemática.*

De este modo, el terapeuta alude a que su paciente se presenta a la primer consulta con una corbata usada como vincha, conducta que llama la atención del analista. Le parece “casi ridícula”. Por otro lado, el paciente relata, según lo dichos del terapeuta, que ha estado otras veces en tratamiento y que su baja autoimagen (que indica como el foco de su problemática) es culpa de su padre. Sin embargo, a medida que se extiende el relato, el terapeuta cuenta otros aspectos vinculares que enriquecen la descripción de la problemática del paciente incluyendo las particularidades de la relación de Darío con su madre.

### 5.2 Posicionamiento subjetivo inicial del paciente y vínculo materno

Nasio (2005) sostiene que el analista, no sólo debe prestar atención a las palabras y a los silencios del analizante sino también a su lenguaje corporal. El analista debe desplegar una escucha dinámica y activa, dispuesta a lograr tres objetivos primordiales: lograr la transferencia, situar la causa del padecimiento y conseguir expresar esta causa en palabras que aclaren, movilicen y calmen al paciente.

Según el relato del analista: *A lo largo de las entrevistas se escucha que tuvo un padre a quien veía poco y que cuando estaba lo único que hacía era pelear, pegarle y retarlo. Una mamá que se ocupaba de todo y de todos, quien es sostén de la casa. Habla de “lo buena que es su mamá”... “que sufre por la separación y estar sola”... “que sostiene la casa porque su papá tiene muchas deudas y no les pasa ni un peso”. Pero también empieza a aparecer una mamá muy dominante y manejadora a la cual Darío, si bien lo decía, no ubicaba en ese lugar, “me elige la ropa”.. “me compra la ropa”... “me dice lo que me tengo que poner”... “Todo lo que hago para ella está mal”... “si la ayudo a colgar la ropa, sube de tras mío y la cambia de lugar diciendo que no se hacer nada”.*

En otro fragmento inicial de la presentación del caso, según el analista, Darío remite su problemática a su relación con el padre. La madre surge como un personaje muy relevante y sacrificado que rápidamente emerge como dominante e intrusiva. Sin embargo, esto no es evidente para Darío. En su posicionamiento subjetivo, Darío se ubica como víctima del padre y aceptando el control de la madre.

En otro fragmento de la síntesis del caso, el analista agrega: *“En el tratamiento se comienza a marcar algo de la forma dominante que ejerce la mamá para con él. Refiere que cuando era chico su mamá no le dejaba ni siquiera hacer su tarea de Biología, él llegaba y ella lo hacía por él.*

Puede observarse que, ante la falta de conciencia del paciente sobre la posición dominante de su madre y su posicionamiento dependiente; se vuelve necesaria dicha marcación por parte del analista. Al respecto, Lacan se apoya en Freud para argumentar que el analizante no recuerda *nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa*. No lo reproduce como recuerdo sino como acto (Cosentino, 1999). De allí se infiere que el paciente "repite, sin saber, desde luego, que lo hace" y el analista "comprende, al fin, que ésta es su manera de recordar." (Consentino, 1999, p. 45-46).

Otro fragmento del caso ilustra que ese comportamiento de la madre parece extensivo a su hermano: *“En otra sesión Darío cuenta que tiene un hermano con retraso madurativo y que la psicóloga del hermano dijo que ya podía viajar solo a verla, que solo había que permitirselo y darle la plata. Cuenta contento que la mamá lo manda a seguirlo siempre que el hermano va a la psicóloga y lo tiene que esperar hasta que regrese pero siempre escondido y oculto. Se le marca que hace lo mismo que la mamá hace con él. Asocia con su papá y con*

*su historia, cuenta que el papá se separó de la mamá porque ella también se la pasaba diciéndole como se hacían las cosas”.*

Dryzun (2006) plantea que las posiciones subjetivas son la expresión de la relación sujeto-medio ambiente y de la constelación de identificaciones del sujeto y sus defensas psíquicas, según cómo éstas afecten el comportamiento o sus motivaciones. Según el relato del analista, podría suponerse que su intervención tiende a hacer visible la relación entre el posicionamiento subjetivo de Darío y la posición dominante de la madre. La intervención del analista parece orientada entonces a que el paciente pueda ligar su relato inicial “problemas de autoimagen” a un posición subjetiva de dependencia y falta de autonomía.

A medida que avanza el tratamiento el analista describe cómo el rol dominante de la madre promueve que esta última intente involucrarse en el tratamiento de su hijo poniéndose en contacto con su analista. El analista dice: *Cuando estas cosas comienzan a modificarse, Darío me llama por teléfono y me dice que la mamá ya no puede sostenerle el tratamiento, le respondo que quiero que venga a la próxima sesión igual, que íbamos a hablar de eso y que no se preocupe esta vez por el honorario. Mi intención era trabajar con él la posibilidad de que pensara en sostenerse él mismo su tratamiento, dejando la puerta abierta en el espacio para que cuando pudiera pagar algo me llamara y regresara. Pero esa misma sesión ni bien entró dijo: “mi mamá me dio la plata, dice que ella lo va a seguir sosteniendo al tratamiento”. Esta era la primera aparición de la mamá en el consultorio intentando manejar algo de lo que ahí pasaba. A las semanas siguientes, la mamá de Darío intentó comunicarse conmigo a la institución, dejando por teléfono el pedido de que la llame. No accedí a este pedido, dada la edad de Darío y le consulté a él si quería que yo hablara algo con su mamá. El respondió que no y que sería él quien se encargara de preguntarle a la mamá que era lo que quería saber.*

Nuevamente, la relación entre el posicionamiento subjetivo del paciente y la posición subjetiva de la madre se observa en el fragmento transcrito. Pero al mismo tiempo, la persistencia de la madre por incluirse en este vínculo privado de su hijo, se vuelve evidente en su comportamiento:

La terapeuta cuenta que al mismo tiempo que Darío estaba en tratamiento y durante un viaje, le fue derivado una paciente del que no tenía mayores datos. Y relata: *Tomo los datos y me comunico con la paciente, y concordamos un horario posible para las dos. Al momento del encuentro la paciente se ríe al entrar al consultorio. Le explico que antes que nada como*

*es una derivación directa quería saber cómo había llegado a la institución con mis datos, dado que no me había quedado claro y dice: “soy la mamá de un paciente tuyo”... “soy la mamá de Darío”. En ese momento me sorprende, ella no paraba de sonreír, le pregunto si sabía lo que estaba haciendo? Y que era lo que buscaba acá? Me dice que sabe que está mal, pero que necesitaba conocerme y quería preguntarme por el tratamiento de su hijo. Me dice que ella me llamó y yo no respondí, que no le deje otra opción. Le digo que si ella quiere un tratamiento puedo derivarla, pero que no vamos a hablar del tratamiento de su hijo, sin que su hijo lo sepa o esté presente, y la invité a que se retire.*

Según Schroeder (2006), existe doble mirada posible respecto de las nociones de sujeto y subjetividad, por un lado vinculado hacia el “mundo inconsciente” (realidad psíquica, fantasía inconsciente, sujeto del inconsciente) y, por otro, vinculado al mundo intersubjetivo (los otros, la realidad fáctica). Frente a los aspectos no conscientes que se actúan en la sesión, Lacan, afirma el principal recurso para dominar la compulsión de repetición del analizante y transformarla en un motivo para recordar, reside en el manejo de la transferencia. Preservar el espacio transferencial de un paciente muchas veces implica una acción activa del analista eliminando confusiones e interferencias.

### **5.3 Transferencia y posicionamiento subjetivo**

De acuerdo a los postulados freudianos, la primera meta del tratamiento es ligar al paciente al tratamiento y a la persona del médico. Si se demuestra interés y empatía, el paciente por sí mismo produce ese allegamiento y enhebra al médico en una de las imágenes idealizadas de aquellas personas de quienes recibió amor durante la infancia (Freud, 1912; 1913). En varios fragmentos del relato del caso clínico se observa que el terapeuta interviene en transferencia para intentar modificar el posicionamiento subjetivo de su paciente. Por ejemplo, al inicio del tratamiento, el terapeuta relata:

*En una sesión se le pregunta porque siempre viene con la vincha y dice que en realidad lo hace porque no le gustan sus orejas, que siempre se le rieron en la escuela porque dicen que son grandes y salidas para afuera. Se trabaja sobre esto y a partir de esa sesión Darío comienza a venir gradualmente sin la vincha y a ocultar sus orejas con el pelo.*

*Viene y me pregunta cómo le queda. Me pregunta directamente si me gusta. Parecía que necesitaba mi confirmación o que lo habilitara para poder realizarlo con seguridad.”*

En esta intervención del analista, respecto de la vincha del paciente, se hace una marcación sobre el posicionamiento del paciente, en el centro de todas las miradas del analista. Y a partir de allí, Darío pareciera ubicarse en el mismo posicionamiento subjetivo dependiente, no ya de la madre, sino en acto, en relación al analista: *Me pregunta directamente si me gusta. Parecía que necesitaba mi confirmación o que lo habilitara para poder realizarlo con seguridad –dice su analista-.*

A partir de Lacan, la transferencia es la puesta en acto de aquello que se repite (Rabinovich, 2010). En relación al relato del analista respecto de Darío, puede suponerse que la forma de presentación del paciente, da cuenta de una problemática que se actúa (no necesariamente se expresa en palabras) y ofrece pistas sobre el origen del sufrimiento del sujeto. La repetición en este paciente no sólo se da a través de las situaciones que comenta donde se vuelve evidente la dominancia de la madre, sino en aquellas situaciones donde intenta replicar esa dependencia con su analista. En este sentido, las intervenciones del terapeuta sugieren su intento de devolver o preservar la capacidad de Darío de decidir por su cuenta, de elegir con autonomía.

Según el relato del terapeuta: *En las sesiones siguientes Darío viene y dice que su primo Juan que vive en Córdoba lo invito a pasar unos días con él. Y me consulta que es lo que debe hacer. Por algún motivo no me abstuve. Le pregunte si tenía ganas? Y si su primo contaba con las posibilidades para que él se hospede unos días ahí. A lo cual respondió que sí. Y le dije que si tenía ganas y su primo lo había invitado que se fuera.*

*Por qué no me abstuve en ese momento? Estaba haciendo lo mismo que su mamá? Le estaba diciendo lo que tenía que hacer? O le estaba permitiendo pensar en algo de su deseo? Pensé que de cualquiera de las dos posibilidades yo estaba permitiendo desde otro lugar y jugando en la transferencia la idea de que él podía hacerlo, demostrando que él podía tener seguridad, algo que en su casa obstaculizaba todo el tiempo. Darío decide viajar y retoma sus sesiones dos semanas después.*

Este fragmento anterior permite observar las interrogaciones del terapeuta que permiten dirigir la cura. En el análisis, gracias a la transferencia, una vez que el analista se convierte en depositario del Sujeto Supuesto Saber, detenta el privilegio de hablar desde el

lugar de la verdad (de la que es dueño). Esta atribución subjetiva es precisamente lo que el análisis debe disolver para acceder al sujeto del inconsciente (Rabinovich, 2012). Por otra parte, sugerirle a Darío que acepte la invitación y viaje, puede implicar que el analista se cuestione si no está repitiendo la posición dominante materna en transferencia.

Laplanche y Pontalis (1971) definen la transferencia como una repetición de prototipos infantiles, que se actualizan en la relación con el analista. Por otro lado, se trata de un proceso en el cual los deseos inconscientes sobre ciertos objetos se reeditan y se hacen conscientes en el proceso de la cura. Lacan define lo que llama “transferencia en el presente”, como distinción de la repetición freudiana. Afirma que en la transferencia no sólo retorna aquello reprimido en el pasado, sino que se produce una creación para el analista.

Al cuestionarse su propia intervención, podría pensarse que el terapeuta asume que el paciente no es consciente de esa repetición. Al respecto Freud (1912), se pregunta cómo opera el fenómeno de la transferencia en el tratamiento. Para lo cual se basa en que el ser humano tiene disposiciones innatas que junto con sus vivencias infantiles, se repiten a lo largo de su vida. Estas determinarán el ejercicio de su vida amorosa, las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como también las metas que se fijará. Sin embargo, sólo una parte de estas mociones recorre el desarrollo psíquico, vuelve hacia la realidad objetiva y está disponible a la conciencia.

Soler (2004), afirma que hay distintas modalidades de transferencia, pero que inicialmente, la misma transferencia “introduce al paciente en una cierta ilusión” (p. 782). Así, permite al paciente sentirse cuidado, tenido en cuenta, escuchado. Sobre este principio es que comienza el análisis, donde el analista escucha desde la perspectiva de la interpretación, a un sujeto que no sabe qué dice, a un sujeto que emerge en el discurso. Podría pensarse entonces que cuando el analista de Darío interviene tanto invitándolo a aceptar el viaje que le propone su primo como cuando desiste de tener entrevistas con la madre del paciente, esta preservando, cuidando el espacio analítico de Darío.

*Luego: En la primera sesión del regreso de Darío, habló de lo sucedido. Me cuenta que su mamá le dijo lo que había pasado, y que él está muy tranquilo porque sabía cómo iba a reaccionar yo. Dice que quiere conservar este espacio y que no quiere que se meta su mamá, que esto fue lo que le paso con sus anteriores psicólogas y que esta vez quiere que su espacio sea solo de él y que no se meta su mamá.*

La analista al no atender a la madre realiza una función de corte que permite que Darío comience su análisis.

Miller (2005) sostiene que es el analista quien interviene desde un lugar particular en el discurso, desde la interpretación o el silencio. Donde no es tan importante aquello que dice, sino el lugar desde donde el analista se pronuncia. Para ello, el analista necesita ser versátil, “ponerse a disposición de la situación para dirigirla” (Rubinstein, 2009).

#### **5.4 Intervenciones y cambio en el posicionamiento subjetivo**

La Interpretación como modo de intervención, implica la deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y la conducta (Laplanche y Pontalis, 1971). La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, al deseo implícito en toda producción del inconsciente. La interpretación puede recuperar un nivel de significado inconsciente y a través de su formulación (es decir, cuando el analista la verbaliza, la enuncia con palabras) puede llevar a la conciencia del paciente el sentido de un sueño, de un acto fallido, de un síntoma, etc., hasta entonces desconocido por el yo consciente del paciente. La interpretación psicoanalítica cumplimenta, entonces, la aspiración de hacer consciente lo inconsciente (Alvarez, 2012).

El terapeuta relata: *A la próxima sesión Darío trae un sueño: “yo estaba en mi cuarto, en mi cama y entra una víbora. Me quiere atacar y se sube a mi cama, yo me corro y luego se va, sale de mi cuarto y va para el cuarto de mi mamá”. El sueño es asociado con lo que pasó mientras él estuvo de viaje. El intento de su mamá en meterse en este espacio y en todas sus cosas. Pero con la diferencia de que por primera vez a un lugar no había podido entrar.*

*Darío comienza a asociar más. A repensar que le pasa a él en situaciones donde siente mucha inseguridad. Comienza a decir que se siente “cómplice” de la situación, que esto se lo dijo alguna vez Juan y que si bien siempre se enoja con su primo por esto, ahora le hacían ruido esas palabras y empezaba a pensar que algo de él había en su relación con su mamá.*

De acuerdo a la teoría, Intervenir clínicamente implica operar en el campo transferencial, con la meta de promover un cambio en el posicionamiento subjetivo, implica interrumpir una repetición ocurrida “en el aquí y ahora” de la transferencia de modo de correr al sujeto de una posición subjetiva sostenida en patrones transferenciales, impulsar un cambio

actitudinal en el sujeto a partir de la toma de conciencia de identificaciones cruzadas que modulan su manera de relacionarse (Dryzun, 2006). En algunos casos, el cambio de posicionamiento subjetivo es provocado desde la palabra a través de interpretaciones o señalamientos o confrontaciones (Sandler, Dare y Holder, 1993); otras veces, el cambio de posición subjetiva es promovido por el accionar del analista al modificar, en transferencia, una interrupción de la compulsión a la repetición. En este sentido, Miller (2009) sostiene que la “posición analítica” es un no complacer, no satisfacer la demanda imaginaria del analizante, como un modo de acción analítica como un modo propio de no hacer, que revela algo de la verdad de cada acción humana.

En un paso siguiente el terapeuta relata: *Una de las inhibiciones fuertes de Darío tiene que ver con que cuando consigue un trabajo todo va bien, hasta que se equivoca y el otro le marca como se deben hacer las cosas. No lo soporta se pone muy mal y siente que no puede regresar, no llama y no pasa ni siquiera a cobrar las horas trabajadas. Dice “me pasa como con mi mamá, cuando me marca que hago algo mal, me enoja muchísimo, y me encierro en mi cuarto”.*

*En los trabajos donde hay gente de su edad, siente que lo miran y se compara con ellos. Cuando le marcan que algo está mal no lo soporta y deja el lugar, pensando que los otros se ríen de él. “cuando era chico mi abuelo me comparaba con mi primo Adrián, decía que yo tenía que ser como él. Que él era mejor, más rápido, más inteligente. A mí no me quería, pero lo mismo hacía con mi mamá y con su hermana”... “mi tía hace lo mismo, dice que yo no puedo hacer nada, que mi mamá está cansada y que me tiene que mantener siempre”.*

En este fragmento del relato se observa otra modalidad de dependencia del paciente respecto de las opiniones de los demás, su manera de reaccionar frente a la crítica y los vínculos que el establece entre esto –que le sucede en su vida laboral- y las actitudes y comparaciones que establece su madre.

Una vez que el terapeuta interviene en transferencia -preservando el lugar potente de su paciente para afrontar y elaborar posibles críticas y diferencias con los demás-, el terapeuta relata el impacto de dicha intervención:

*(Darío) Comienza a hablar de lo que le pasa con sus pares. De que no tiene amigos. Que siente que todos lo miran porque hace las cosas mal. Le digo que eso es lo que pasa en su casa, todos le marcan que hace las cosas mal.*

Respecto al posicionamiento subjetivo del paciente, en la transferencia, en este caso, pareciera que el sujeto empieza a describir otras situaciones donde asocia la misma dependencia e inseguridad que siente con su madre. Se observa cómo el analista lo ayuda a establecer asociaciones que le permitan vincular ambas problemáticas. El impacto de sus intervenciones se vuelve evidente en el siguiente fragmento:

*El terapeuta agrega: En ese momento se empieza a preguntar por él. Si será que es él quien cree que los demás se ríen de él y si en realidad no es así. Habla de él con respecto a que los otros de su familia nunca le permitieron sentirse seguro de nada y que por eso hoy no se anima a hacer nada porque siempre piensa que está mal.*

*Le digo que en realidad no debe de hacer las cosas tan mal, porque nunca lo echaron de ningún trabajo, siempre es él quien se va antes. Se queda pensando y termino la sesión.*

*A la semana siguiente, dice que se quedo pensando mucho en lo que habíamos hablado y llamó a su anterior jefe para pedirle disculpas por como se había ido, y para su sorpresa este le volvió a ofrecer trabajo. Se pregunta por qué no soporta que el otro le marque las cosas? Y vuelve a hablar de que su mamá hacia eso con su papá cuando vivían juntos. Que esto fue lo que hizo que se separaran y que ella lo ubicó a él en ese lugar cuando el papá se fue. Que se siente cansado de que le digan cómo se deben de hacer las cosas y que está cansado de que eso lo enoje.*

*Darío consigue un trabajo y corta el tratamiento.*

Abordar la noción de transferencia implica aludir también a las nociones de resistencia y repetición. Tal es así que Freud trata de manera ambigua la transferencia, funcionando como el máximo escollo en la práctica con los pacientes, así como también como el motor de la cura (Álvarez, 2012).

En este punto, para llegar al núcleo, la asociación debe conducirse por el resto de las representaciones. A medida que mediante las asociaciones libres –regla fundamental del análisis- se acerca al núcleo patógeno, y comienzan a emerger afectos “sin” representaciones, dichos afectos –productos desligados de vivencias reprimidas e infantiles- se transfieren al analista o terapeuta como figura disponible (Weissmann, 2004). De esta manera, se establece una primera acepción de la transferencia, ligada fundamentalmente al falso enlace (de las vivencias traumáticas inconscientes a la figura del terapeuta) y a la resistencia, ya que este fenómeno -al obstruir la continuación del recorrido- impide arribar a la cura. En el caso del último fragmento incluido, podría entenderse la interrupción del tratamiento, debido al

comienzo de un nuevo trabajo, como una expresión de resistencia u obstáculo. En este sentido, el abandono de tratamiento puede entenderse como una reacción terapéutica negativa.

### **5.5 Cambios en el posicionamiento subjetivo en la segunda etapa del tratamiento**

En el campo psicoanalítico, el objetivo de dichas intervenciones es lograr el máximo autoconocimiento y modificación estructural de la personalidad (Wallerstein y DeWitt, 2000), tal como expresó Freud (1917), mudar lo inconsciente en consciente para favorecer la desaparición sintomática.

Así, la transferencia se entiende desde un doble sentido: por un lado, como resistencia que obstaculiza la cura y, al mismo tiempo, como organizador que indica el camino a seguir. Entonces, dado que la transferencia no se reduce a la repetición de lo reprimido, sino que se produce algo más, relativo a aquello nuevo que ocurre entre paciente y analista; es en la misma transferencia donde el analista “completa” el síntoma (Lacan, 1964-1965). Dice: *“Es enteramente evidente que en ese registro el psicoanalista se introduce en primer lugar como sujeto supuesto saber, es él mismo quien recibe y soporta el estatuto del síntoma”* (Lacan 1964-1965, p. 112).

El cambio subjetivo, a la luz de las dificultades transferenciales, no es lineal ni sencillo. De acuerdo con Korman (1996), si se instala la neurosis de transferencia, el síntoma comienza implicando al analista y termina anudándose completamente en él. El síntoma en el análisis se dirige al analista. Estos forman parte de la estructura psíquica del sujeto y constituyen el capital que el paciente trae a las entrevistas y al posible análisis. El mismo no se propone suprimir los síntomas y volver a un estado anterior sino que se trata de producir el pasaje a un estado nuevo.

Al respecto, el terapeuta informa los denodados esfuerzos de su paciente para retomar el tratamiento abandonado: *Al mes y medio me llama por teléfono para decirme que está bien, que dejó de trabajar y cuando consiga dinero va a regresar. No le indico nada en esa llamada y solo lo escucho. A la semana me vuelve a llamar para saber cómo estoy yo. Entonces intervengo diciendo que cuando él quiera volver al consultorio me llame para eso y que juntos acordábamos un horario, que la idea de un tratamiento tiene que ver con que él quiera trabajar lo que le pasa.*

*Al rato me vuelve a llamar y me dice que quiere volver, que su mamá le va a dar la plata, no sé por qué, pero en ese momento decidí aumentarle el honorario, y volvió a llamarme diciendo que la mamá le iba a sostener el aumento.*

Se observa en este fragmento como el analista intenta mantener abierto el espacio terapéutico sin aceptar necesariamente las prerrogativas de su paciente sobre las razones de su ausentismo. El aumento de honorarios podría entenderse como una demanda de mayor compromiso con el tratamiento a la que el paciente se aviene pero vuelve a incluir a su madre como condición de continuidad.

Al respecto el analista refiere: *Cuando vuelve no me paga esa primera sesión y alega olvidarse la plata, a la semana siguiente me llama en su horario y me dice que se encuentra lejos y no va a poder venir, que no tiene la plata y no me va a poder pagar, intervengo y le digo que cuando él quiera sostener su espacio y volver a trabajar lo que le pasa me vuelva a llamar y nuevamente continuábamos.*

*A la semana de este hecho me llama al celular (24 de diciembre a la noche) para saludarme y desearme una muy linda navidad. No dije nada en ese momento, yo me encontraba tan sorprendida por el llamado que no sabía muy bien que decir. Respondí que gracias por el saludo y corté.*

*A la semana (31 de diciembre a la noche) me vuelve a llamar para saludarme. Entonces intervengo y le digo que estoy ocupada y que cuando quiera retomar el tratamiento me llame para acordar un horario, lo saludo y corto con un tono bastante irritante.*

En este fragmento puede observarse la puesta en acto del conflicto entre el intento de retomar el tratamiento por parte del paciente, y el posicionamiento del analista defendiendo el espacio analítico de la repetición en un doble sentido: frente al lugar dependiente de Darío y, a la vez, frente a un intento de vulnerar el encuadre terapéutico proponiendo un contacto por fuera del tratamiento –tal como hizo la madre del paciente en un momento anterior del proceso-. De esta manera puede observarse cómo -según Rubinstein (2009)- cada sujeto responde de un modo singular al padecimiento. Así, posición subjetiva, es un estado *interior* del sujeto, y un cambio de posicionamiento subjetivo es una modificación subjetiva interna (Dryzun, 2006). La modificación subjetiva respecto de una posición subjetiva padeciente nunca es sencilla y es puesta de manifiesto en el vínculo terapéutico.

El terapeuta agrega: *A las dos semanas me toca el portero en un horario que era de otra paciente, diciendo que venía a atenderse. Le digo que espere y bajo a hablar con él para explicarle que no era su horario y que él me había dicho que no regresaría. Dice no acordarse de nada. Me asegura que no sabe cuando me dijo eso y me muestra que me traía la plata de las dos sesiones adeudadas. Que le pasó? Era amnesia? No sabía cómo volver y estaba inventando? Que debía yo leer en ese regreso? No sabía bien que pensar, pero me preguntaba que había pasado con la transferencia, se habría convertido en una transferencia de amor más fuerte que obstaculizaba el tratamiento? Como quedaba ubicada yo ahí? Acordamos un horario y comenzamos a trabajar de nuevo.*

*Darío vuelve como al principio, no con la “vincha corbata” pero si con una posición muy fuerte de fijeza en no asociar más y en no hacer absolutamente nada con su vida. Vuelve a decir que siente mucha inseguridad, que no se anima a dar nunca ese primer paso y que siempre termina encerrado en su cuarto. Refiere que esa vida no le gusta pero que no puede hacer nada para cambiarla. Por alrededor de dos meses las sesiones transcurren en los mismos relatos de Darío de siempre, donde nada cambiaba y donde parecía que él ya no quería que nada cambie.*

En términos de la instalación de la neurosis de transferencia (Korman, 1996), el paciente se observa retomando el tratamiento pero repitiendo en sesión el relato de su padecimiento “como al principio” según su analista. La alusión a la amnesia respecto de los llamados y la fijeza de su posicionamiento junto a su dificultad para asociar, parecen expresiones claras de una transferencia negativa en tanto obstáculo del tratamiento.

El terapeuta entonces, interviene más activamente: *En una sesión lo interrumpo a los 15 minutos y le digo que él ya se había historizado, que ahora tenía que poder pensar que le pasaba a él con todo lo que habíamos hablado, porque yo tenía la sensación de que él era el que no quería cambiar. Que siempre volvía con el mismo discurso y las mismas historias, que si bien pensaba mucho en la sesión, cuando salía por esa puerta era como si no hubiese pensado nada. Que era bien claro que él no estaba cómodo en esa posición, pero que sí estaba muy seguro de esa posición, era de lo único que se sentía seguro, ese era él para su familia y para él, pero no para mí. Corto la sesión y le digo que nos vemos la semana próxima.*

Así el terapeuta intenta movilizar el repertorio defensivo de su paciente, modificando el patrón transferencial y ligando su situación actual a los beneficios secundarios de su padecimiento. Anuda el sufrimiento a una situación de seguridad, buscando desactivar la queja y tratando que su paciente cambie de posición subjetiva mediante la implicación subjetiva.

Cambio, en el posicionamiento subjetivo, se entiende entonces como una actitud, una apertura a un estado subjetivo posibilitador de nuevas de actitudes, modos de relación y aptitudes que no forman parte del acervo conocido. Este cambio implica entonces, en términos psicoanalíticos, modificaciones en el mundo interno y representacional, en el posicionamiento identificador y en el sentimiento de identidad, a partir de lo cual las conductas pueden cambiar (Dryzun, 2006). Uno de los modos de producir este cambio, es intervenir psicoanalíticamente en el campo transferencial a través del vínculo terapéutico (Schroeder, 2006; Dryzun, 2006).

Para finalizar, el terapeuta agrega: *Darío Regresa muy angustiado, dice que se quedo toda la semana pensando en la sesión pasada y dice “creo que tengo miedo a que me vaya bien”... “yo soy para todos al que le va mal, pero soy ese”... “creo que si algo me saldría bien, sería una sensación muy extraña para mí y tendría que seguir respondiendo a eso y no sé si me lo puedo bancar”... “sí, no estoy cómodo, pero es verdad que estoy seguro de eso”... “lo único que hice en la vida que me gustó y que elegí yo, fue pasear a los perros, y lo dejé por el trabajo de la cerrajería que parecía ser mejor, ese sabía que lo iba a dejar porque no me lo iba a bancar”. Sigue hablando de que ahora por primera vez consiguió algo que no quiere dejar y que no sabe si lo va a poder hacer. Tiene el teléfono de una chica que le interesa y dice que tiene que dar el primer paso para llamarla y que tiene miedo de que va a pensar ella de él.*

De ahí que, si el análisis es una transformación subjetiva y los síntomas son la riqueza que aporta el paciente para que se produzca esa transformación subjetiva, es necesario ponerlos a trabajar para modificarlos. Esto quiere decir deshacer las condensaciones y los desplazamientos que los constituyeron, reabrir nuevas vías, pasando muchas veces por los caminos que los formaron. Al decir que el analista es parte constitutiva de la experiencia analítica, la transferencia sería un lazo donde se despliega un discurso que involucra a ambos. Es allí donde se actualizan los fenómenos inconscientes, no sólo los del paciente sino también

los del analista. La atención flotante del analista es un correlato de la asociación libre del paciente.

Según el analista, hacia el año y medio de tratamiento, *Darío continúa en tratamiento, si bien, se movió la fijeza con la cual se rearmó y volvió al tratamiento, su posición de inseguridad lo sigue acompañando, pero ahora puede decir algo más, que tiene que ver con que “ese es él” y con lo difícil que es imaginarse otra cosa.*

Este caso clínico es un ejemplo significativo de cómo en algunos casos, el cambio de posicionamiento subjetivo es provocado desde la palabra a través de interpretaciones o señalamientos o confrontaciones (Sandler, Dare y Holder, 1993); otras veces, el cambio de posición subjetiva es promovida por el accionar del analista al modificar, en transferencia, una interrupción de la compulsión a la repetición. Asimismo, la interrupción de la repetición es un camino lleno de obstáculos y resistencias propias de la neurosis.

## 6. Conclusiones

A modo de síntesis, en este trabajo se realiza un desarrollo conceptual donde se articulan teóricamente las nociones de posicionamiento subjetivo, transferencia, intervenciones del analista y cambio subjetivo. Se presentan los autores más representativos que teorizaron sobre estos conceptos dentro del marco psicoanalítico.

En el caso presentado, el paciente pone en juego en su tratamiento, un patrón transferencial de dependencia infantil hacia su madre, quien se muestra dominante e intrusiva. A lo largo del proceso, no consigue mantener un trabajo de manera estable. Esto le impide sostener por sí mismo el tratamiento dependiendo en muchos momentos del aporte económico de su madre. El paciente no sólo depende de su madre en cuanto a lo económico, sino también en el aspecto emocional. Esta dependencia la transfiere a la figura del analista. Constantemente demanda la aprobación y el reconocimiento de esta y de los otros. Cuando logra cierta autonomía en la toma de decisiones (siempre a instancias de la analista) y en lo monetario, la pierde.

Las intervenciones de la analista tienden a que el paciente vaya logrando cierta autonomía e independencia de su madre. Hasta tal punto que sin intervenir directamente en el paciente, al frenar a la madre cuando intenta introducirse en el espacio analítico de su hijo, el analista en acto, produce un efecto de corte en la relación madre- hijo, anudando la relación transferencial entre analista y paciente; produciendo una construcción nueva en el análisis.

Durante el proceso se vuelve evidente que las palabras, acciones y omisiones de la analista, tienen un impacto en el paciente, quien presenta muchas dificultades para sostener el tratamiento y modificar su posición subjetiva. El proceso de cambio subjetivo implica no estar tan a disposición de su madre, no aceptar su manipulación económica, relacionarse con los demás de manera menos infantil y aceptar un analista que no quiere decidir por él. Estos hechos que se observan a lo largo de la síntesis del caso clínico, ponen en evidencia las dificultades y conflictos que presenta el paciente a lo largo del tratamiento analítico, actuando diversas formas de resistencia que obstaculizan la cura. Por ejemplo, las reiteradas ausencias, interrupciones, llamadas fuera del encuadre terapéutico.

En relación a los objetivos del trabajo, puede concluirse que:

Objetivo 1: Describir el posicionamiento subjetivo del paciente al inicio del tratamiento y su relación con el vínculo materno.

El análisis teórico y los conceptos incluidos en este trabajo, permiten identificar un patrón infantil de relación del paciente con su madre. La dominación materna es ejercida a través del manejo económico del tratamiento de su hijo y de la intrusión en el espacio terapéutico. Por otro lado, a través del relato de caso, se observan los beneficios secundarios de ese posicionamiento en el paciente y los costos emocionales de intentar el cambio subjetivo. De este modo puede afirmarse que tanto los autores utilizados como el tipo de material clínico elegido permiten describir la relación conceptual entre posicionamiento subjetivo y vínculo. Asimismo, esta relación teórica puede aplicarse para comprender al paciente.

Objetivo 2: Analizar la relación de transferencia entre el paciente y el analista y las intervenciones de éste para modificar la posición subjetiva del paciente, a lo largo del tratamiento.

Es posible analizar la relación entre las nociones de transferencia e intervenciones del analista, tanto teórica como clínicamente. Las definiciones de transferencia de Freud y Lacan marcan un momento imprescindible e inevitable de la instalación de la transferencia como motor de la cura y, al mismo tiempo, como principal obstáculo –ligada a la repetición en un caso y al registro imaginario en el otro-. Sin embargo, Lacan es más taxativo que Freud en relación a su posición sobre la necesidad de dismantelar la transferencia como condición de análisis. En cuanto al caso presentado, la terapeuta hace hincapié en su relato, sobre los momentos donde se pregunta sobre la posición analítica y sus intervenciones. Manifiesta sus dudas sobre su accionar y permite relacionar claramente el modo en que el analista debe intervenir para promover el cambio subjetivo. De algún modo se vuelve evidente que existe una relación directa entre la necesidad de disolver y elaborar la transferencia materna y promover de un cambio de posicionamiento subjetivo del paciente.

Objetivo 3: Analizar si se han producido cambios en el posicionamiento del paciente en la segunda parte del tratamiento.

Mediante el análisis de la segunda parte del tratamiento es posible establecer una definición de cambio subjetivo, cuyo cumplimiento en el tratamiento, es arduo, inestable, implica un proceso con logros y retrocesos. Incluye las repeticiones, la toma de conciencia de las mismas, y la implicación subjetiva del paciente en el mantenimiento del síntoma.

No se evidencian cambios significativos en el posicionamiento subjetivo, sólo se producen pequeñas modificaciones.

Finalmente queda claro que los cambios de posicionamiento subjetivo son procesos complejos que se construyen en el transcurso del tratamiento psicoanalítico, en transferencia y no se logran a través de una sola intervención sino que son el producto de un entramado de intervenciones, que en el mejor de los casos produce una construcción novedosa en el análisis. En este sentido, cabe preguntarse entonces si todos los pacientes pueden realizar cambios subjetivos estables, o en todo caso, si el tiempo de tratamiento (año y medio) no es escaso para tales objetivos terapéuticos

Como limitación es importante destacar que los tiempos cronológicos en un tratamiento psicoanalítico son totalmente diferentes a los tiempos subjetivos, estos tienen otra lógica, la del inconsciente, que se caracteriza por su atemporalidad.

Al ser un espacio de práctica dentro de un contexto psicoanalítico no es posible tener un contacto directo con el paciente. Lo que no permite obtener una apreciación y un análisis personal más profundo sobre el caso expuesto.

Por este motivo, a manera de aporte personal y en un sentido crítico surgen muchos interrogantes como por ejemplo:

¿Por qué el paciente se presenta utilizando una corbata como vincha, cuando “la corbata” es un artículo típicamente masculino? ¿Quiere discriminarse de su madre? ¿Por qué la corbata-vincha cubre sus orejas? ¿Es realmente porque no le gustan sus orejas y todos se burlan de él, como aparece en su relato? ¿O hay otro motivo? ¿Será porque no quiere escuchar? ¿Cómo queda la imagen de su padre? ¿Cuál es el lugar que ocupa el padre?

Cuando la analista describe como se presenta Darío a la primera consulta, *en forma casi ridícula con una “vincha corbata” la cual lo ubica como centro de todas las miradas. Cuando dice que tuvo un padre al que veía poco. Cuando remite su problemática a su relación con el padre. En los trabajos donde hay gente de su edad, siente que lo miran. No tiene amigos. Siente que todos lo miran porque hace las cosas mal.* De este material se infiere que hay una prevalencia de la mirada por sobre la palabra.

A pesar de que estas preguntas surgen como una limitación y una crítica, al mismo tiempo constituyen un material fundamental, una vía de acceso al inconsciente, sobre el cual se puede seguir indagando. Las nuevas intervenciones podrían estar dirigidas a incluir y profundizar la relación del paciente con su padre. Seguir trabajando acerca de su deseo, sus inseguridades, inquietudes, ambiciones y objetivos de vida.

Especialmente cuando la analista relata los problemas de pagos, horarios, llamados fuera de encuadre y ausencias del paciente, se observa la manifestación del síntoma depositado en la relación con el analista, dice algo de su identificación con su madre. En este punto, sin desmerecer su trabajo, cabe preguntarse si la analista no actúa de la misma manera que lo hace con la mamá de Darío, si es eficaz utilizar la misma operación con el paciente y con su madre. Se podría pensar en brindarle una palabra que lo enmarque y que se diferencie del discurso materno de la crítica y la desvalorización, al otorgarle un lugar escuchándolo el alguno de sus llamados fuera del contexto de la terapia.

Con respecto a los aportes personales de esta experiencia es importante señalar el valor de la propuesta de una articulación teórico-clínica, tal como la realizada en la pasantía. Uno de los aportes del coordinador de la pasantía, es la intención de “desmitificar” el lugar del analista y la práctica clínica como un campo de aplicación sin dificultades y lineal, dado que todo el tiempo es posible repensar la práctica y analizar lo mejor para cada paciente en su singularidad. Así, las intervenciones del analista, muchas veces aparentemente intuitivas en el contexto de la sesión, cobran sentido teórico y técnico a posteriori en los distintos espacios, como por ejemplo en el de supervisión.

Finalmente, la participación en los distintos espacios durante la residencia, como por ejemplo las entrevistas de admisión, la supervisión de los casos y la intervención en los talleres de formación profesional; más el desarrollo de este trabajo final integrador, sumados a los aportes de la terapia psicoanalítica propia, contribuyen a un enriquecimiento personal y profesional. Y a la toma de conciencia de que independientemente del enfoque teórico del psicólogo, son imprescindibles para la práctica clínica, la formación, la práctica profesional, la supervisión y la terapia personal; teniendo en cuenta que el psicólogo es un profesional de la salud mental.

## 7. Referencias Bibliográficas

- Alvarez, I. (2012). La Transferencia: Un Recorrido en la obra de Freud y Lacan. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Asociación Psicoanalítica Argentina. (2018). Historia del psicoanálisis. Recuperado de 2018 de <http://apa.org.ar/apa/historia/>.
- Bernardi, R. (1992), “On pluralism in psychoanalysis”, *The Psychoanalytic Inquiry*, vol. 12, núm. 4, pp. 506-525
- Breuer, J. y Freud, S. (1893 - 95) “Estudios sobre la histeria”. En *Obras completas*, Avellaneda (Buenos Aires), Amorrortu Editores, 1997, Volumen V.
- Cabas, A. G. (2009). O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Casas de Pereda, M (2008). De la Práctica, La transferencia y sus efectos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 2008 ; 106 : 57 – 75
- Cosentino, J.C. (1999a) clases del curso de posgrado: Estructura y sujeto: análisis de la transferencia, 22-IV al 4-XI-99, Facultad de Psicología, U.B.A., 1999.
- Cosentino, J.C. (1999b). La estructura del aparato psíquico: el tiempo de la excitación, en “Construcción de los conceptos freudianos I”, Manantial, Bs.As., 1999, págs. 135-56.
- Dryzun, J. (2006) “Daño o desafío: Posicionamiento subjetivo ante el trauma”. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*. Nro. 24.n
- Frade, R. (2007) La posición del analista” <http://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/la-posicion-del-analista/11622>

- Freitas Barroso, A. (2012) Sobre la Concepción de Sujeto en Freud y Lacán. Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVI. Número 27. Agosto-Septiembre 2012.
- Freud, S. (1901) “Fragmento de análisis de un caso de histeria”. En Obras completas, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1978, VII, p. 1- 107.
- Freud, S. (1912) “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”. En Obras completas, Avellaneda (Buenos Aires), Amorrortu Editores, 2001, XII, p. 109-119.
- Freud, S. (1912) “Sobre la dinámica de la transferencia”. En Obras completas, Avellaneda (Buenos Aires), Amorrortu Editores, 2001, XII, p. 93-105.
- Freud, S. (1914) “Observaciones sobre el amor de transferencia”. En Obras Completas, Avellaneda (Buenos Aires). Amorrortu Editores, 2001, X, p. 138-143.
- Freud, S. (1914) “Recordar, repetir y reelaborar”. En Obras completas, Avellaneda (Buenos Aires), Amorrortu Editores, 2001, XII, p. 145-157.
- Freud, S. (1916-1917) “28ª Conferencia: La terapia analítica”. En Obras completas, Avellaneda (Buenos Aires), Amorrortu Editores, 2004, XVI, p. 408-421.
- Freud, S. (1922) “Más allá del principio del placer”. En obras Completas, Avellaneda. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2004, XVIII.
- Lacan, J. (1973), “Sobre la experiencia del pase”. Seminario 11, Capítulo XX. Paidós.
- Lacan, J. (2003): El Seminario, Libro VIII: La transferencia, Buenos Aires: Paidós, pág. 125.
- Lagache, D (1993) . *The Works of Daniel Lagache: Selected Papers, 1938-1964*
- Laplanche, J., y Pontalis, J.-B., Diccionario de Psicoanálisis, Labor, Barcelona, 1971.
- Laplanche, J., y Pontalis, J.-B., Diccionario de Psicoanálisis, Paidós, Buenos Aires, 2016.
- Miller, J-A (2006) Introducción a la Clínica Lacaniana. RBA Libros. Buenos Aires.

- Molina, JR y Cabré, V. (2014) El concepto de Transferencia: su valor en los diálogos clínicos. Temas de Psicoanálisis, Numero 8. Julio 2014.
- Pereda, A. (2009) “A propósito del conflicto psíquico” Revista Uruguaya de Psicoanálisis 2009 ; 109 : 18 – 32
- Rabinovich, N. (2010) “El análisis de la Transferencia”. revista Imago Nro 145 (Noviembre 2010).
- Roudinesco E., y Plon M. (2008). Diccionario de Psicoanálisis, Buenos Aires: Paidós.
- Rubinstein, A. (2009). El deseo del analista: saber hacer con lo que hay. Trabajo presentado en el IV Congreso de la AMP 2004: "La práctica lacaniana: sin *standard* pero no sin principios". Virtualia. Nro 19, Año VIII. Noviembre 2009.
- Samat, J. (2006) Conceptos fundamentales del psicoanálisis freudiano. Documento De Informacion, Catedra De Psicología Dinámica, Facultad De Filosofía Y Humanidades, Universidad Católica De Cuyo. [http://www.uccuyo.edu.ar/ucc3/images/archivos/filosofia/biblioteca/contribuciones/C\\_ONCEPTOS\\_FUNDAMENTALES\\_DEL\\_PSICOANALISIS\\_FREUDIANO.pdf](http://www.uccuyo.edu.ar/ucc3/images/archivos/filosofia/biblioteca/contribuciones/C_ONCEPTOS_FUNDAMENTALES_DEL_PSICOANALISIS_FREUDIANO.pdf)
- Sandler, J.; Dare, C. y Holder, A. (1993). El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós.
- Schroeder, D. (2006) “Subjetividad y Psicoanálisis. La implicación del psicoanalista”. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 2006 ; 103 : 40 - 58
- Soler, C. (2004) “Qué se espera del análisis y del psicoanalista”. Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVI - Nº 3. Págs 779-794.
- Urtubey, L. (2003) Sobre la reacción terapéutica negativa Luisa de Urtubey. Revista Uruguaya de Psicoanálisis; 97: 9-28
- Vainer, A; Lucioni, I y Tagle, A. (2008) Las Resistencias en el análisis <https://www.topia.com.ar/articulos/las-resistencias-en-el-an%C3%A1lisis>

- Wallerstein, R., y DeWitt, K. (2000). Modos de interpretación en psicoanálisis y en psicoterapias psicoanalíticas: una clasificación revisada. En J. Ahumada y J. Olagay y A. Kramer Richards y A. David Richards (Eds.), *Las tareas del Psicoanálisis. Ensayos en honor de R. Horacio Etchegoyen* (pp. 114-143). Buenos Aires: Polemos
- Wallerstein, R.S. (1990), “Psychoanalysis: The common ground”, *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 71, núm. 1, pp. 3-20.
- Weissmann, J.C. (2004). La transferencia y la contratransferencia en la supervisión psicoanalítica *Rev. De Psicoanálisis*, LXI, 3, 2004, págs. 755-768