

REVISTA DE PSICOANÁLISIS

NÚMERO 10 | SEPTIEMBRE 2010



ORGANIZACIÓN DE CANDIDATOS DE AMÉRICA LATINA

Revista de Psicoanálisis

OCAL

Organización de Candidatos de América Latina

TRANSFERENCIA, VÍNCULO, ALTERIDAD

NÚMERO 10 | SEPTIEMBRE 2010

Sociedades pertenecientes a OCAL

Argentina	Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APDEBA) Asociación Psicoanalítica de Córdoba (APC) Sociedad Psicoanalítica de Mendoza (SPM) Asociación Psicoanalítica de Rosario Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP)
Brasil	Sociedad Psicoanalítica de Pelotas (SSPeI) Sociedad Brasileña de Psicoanálisis de Sao Paulo (SBPSP) Sociedad Psicoanalítica de Rio de Janeiro (1,2,3,4) (SBPRJ) Sociedad Psicoanalítica de Porto Alegre (SPPA) Sociedad Brasileña de Psicoanálisis de Porto Alegre (SBPDEPA) Núcleo Psicoanalítico de Aracajú Grupo de Estudios Psicoanalítico de Mina Gerais, Belo Horizonte
Colombia	Sociedad Colombiana de Psicoanálisis (SOCOLPSI) Sociedad Psicoanalítica Freudiana de Colombia Asociación Psicoanalítica Colombiana
Chile	Asociación Psicoanalítica Chilena (APCH)
México	Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM) (PSIMEF) Asociación Regiomontana de Psicoanálisis (ARPAC) Asociación Mexicana para la Práctica, Investigación y Enseñanza del Psicoanálisis (AMPIEP) Asociación Psicoanalítica de Guadalajara (Grupo de Estudios) Sociedad Psicoanalítica de México (Parque México)
Perú	Sociedad Peruana de Psicoanálisis (SPP)
Uruguay	Asociación Psicoanalítica del Uruguay (OCAPU)
Venezuela	Sociedad Psicoanalítica de Caracas (SPC)
ILAP	Instituto Latinoamericano de Psicoanálisis (ILAP)

Directiva OCAL 2008~2010

Presidente	Norma Alicia García (ARPAC - Monterrey, México) noralis@hotmail.com
Vicepresidente	Stella García (OCAPU - APU - Uruguay) stellagposada@hotmail.com
Tesorera	María Paz Arellano Valdéz (APG - Guadalajara, México) arellanov@hotmail.com
Coordinadora Científica	María Haydée Canteli (SAP - Argentina) maridelcanteli@yahoo.com
Editor	Marcos de Soldati (APA - Argentina) marcosdesoldati@gmail.com
Coordinadora de Delegados	María Cecilia Andrade (APA - Argentina) ceci_andrade@ciudad.com.ar
Difusión y Publicaciones	Amelia Casas (SPP - Perú) ameliacasas@gmail.com
Past-President	María Eugenia Boetsch (APCH - Chile) meboetsch@vtr.net

Comité Jornada Ocal Sur

Valeria Corbella (APdeBA), Mariana Cura (APdeBA), Carolina Guembe (APdeBA), Domingo Boari (SAP), Maridel Canteli (SAP), María Cecilia Andrade (APA), Cecilia Moia (APA), Norma Remo (APA), María Alejandra Rey (SAP) y Verónica Díaz (APdeBA)

Comité Jornada Ocal Norte

Candidatos de APG: Gabriela Machuca, María Paz Arellano Valdéz, Vicenta Ramírez, Ivonne Ascencio, Patricia Ochoa, Olivia Fernández y Patricia Grajales

Comité Local Pre Congreso Ocal Bogotá

Josefina Sarmiento (APC), Betty Acosta (APC), Pablo García (SPFreudiana de Colombia), Catalina Deeb (Socolpsi), Juan Guillermo Manrique (Socolpsi), Mabel Lozano (Socolpsi), Pedro González (SPFreudiana de Colombia), Graciela Hoyos (Socolpsi, Cali)

Comité Editorial

Editor	Marcos de Soldati (APA - Argentina) marcosdesoldati@gmail.com
Co-editores	Manuel Ponzio (ARPAC - Argentina) Norma Alicia García (ARPAC - México) María Cecilia Andrade (APA - Argentina)

Comité de Lectores y Jurado Premio OCAL

María Haydée Canteli (SAP)
Mariana Cura de Dodds (APdeBA)
Maximiliano Martínez Donaire (APA)
Patricia Natalevich (OCAPU)
Manuel Ponzio (ARPAC)
Mario Luis Prudente Corrêa (SBPSP)
Jean Marc Tauszik (SPC)

Mensaje de Norma García, Presidenta de OCAL

Queridos colegas analista en formación:

La presente edición es el resultado de un trabajo en equipo realizado por OCAL durante estos dos años que culminó con el XIV Pre congreso “Transferencia, Vínculo y alteridad. El analista en formación frente a estos tres conceptos fundamentales”, en el marco del XXVIII Congreso de FEPAL. Ha sido un honor y un placer servirlos como presidenta, la satisfacción no tiene medida y los voy a extrañar igualmente! OCAL cumplirá 30 años en el 2012, actualmente cuenta con candidatos afiliados de 28 Institutos de América Latina pertenecientes a la IPA, y el objetivo primordial de OCAL es integrar y representar a todos los analistas en formación fomentando espacios de intercambio de experiencias académicas e inherentes a nuestra formación que fortalezcan nuestra identidad y nos brinden la oportunidad de darnos cuenta de que no estamos solos en esta apasionante tarea; de ahí que desde el inicio de nuestra gestión tratamos de fomentar estos intercambios, continuando la tarea de todas las demás 14 directivas que han pasado. Así fue posible hacer las dos Jornadas: Ocal-Norte, “La transmisión”, y OCAL-Sur, “La formación psicoanalítica hoy: intercambio de experiencias”, en Guadalajara y Buenos Aires respectivamente. Esto nos dio la posibilidad de que candidatos de ambas latitudes se reuniesen, haciendo fructíferos debates académicos y lazos de amistad que difícilmente se olvidarán, sin necesidad de tener que viajar grandes distancias.

Gracias a la Asociación Psicoanalítica Argentina, APA; Sociedad Argentina de Psicoanálisis, SAP; Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, APdeBA; Asociación Psicoanalítica de Guadalajara y a sus Claustros de Candidatos por haber hecho posible nuestras jornadas, así mismo vaya nuestro agradecimiento al equipo directivo de FEPAL, presidido por el Dr. Enrique Núñez Jasso, por todo el apoyo y la apertura que nos brindaron. El intercambio IPSO-OCAL continuó en nuestra gestión y de manera extraordinaria OCAL tuvo una gran presencia en el 46 Congreso IPSO IPA Chicago. Por primera vez en esta edición se publica un trabajo premiado por IPSO, correspondiendo a la deferencia que tuvieron con OCAL en su revista. Quiero agradecer a mi valioso equipo directivo: a María Cecilia Andrade (APA), María Paz Arellano Valdez (APG), Maridel Canteli (SAP), Stella García (OCAPU), por su cariño, apertura, responsabilidad y opinión sensata, a Amelia Casas (SPP), siempre con el comentario de la experiencia por haber vivido ya otra gestión, a Marcos de Soldati, mejor editor responsable y creativo no podíamos tener, a los delegados que estuvieron al pendiente de OCAL: a Mónica Povedano (SBPSP), Mónica Sa (SBPSP), Petruska Passos (Aracaju), Leonor Oncina (OCAPU), Ana María Tolmos (SPP), Guillermo Ruano (ILAP Honduras), Paola Martínez (AMPIEP), Aura Lorenzo (SPM Parque México), María del Carmen González (PSIMEF, APM), Consuelo Osorno (ARPAC), Claudia Issa, María del Carmen Durán (SPC), Josefina Sarmiento (APC), Beatriz Acosta (SOCOLPSI), Graciela Hoyos, (SOCOLPSI, Cali-Colombia), muchas gracias.

Pasamos el cargo a Sao Pablo no sin un dejo de nostalgia porque esta labor te atrapa, se hace sutilmente parte de tu vida. Esperamos haberos servido satisfactoriamente no obstante sé que hay mucho todavía por hacer, OCAL madura y en su madurez lo que más desea es seguir fortaleciendo al psicoanálisis latinoamericano en concordancia con FEPAL. Por último reciban todos ustedes mi agradecimiento por acompañarnos y retroalimentarnos con sus comentarios.

Un grande abrazo y hasta siempre.

Norma García

Presidenta OCAL 2008-2010
Bogotá, Colombia. Septiembre de 2010

Mensagem de Norma García, Presidenta da OCAL

Queridos colegas analistas em formação:

A presente edição é resultado de um trabalho em equipe realizado pela OCAL durante estes dois anos que culminou com o XIV Pré-Congresso “Transferência, Vínculo e Alteridade. O analista em formação frente a estes três conceitos fundamentais”, no marco do XXVIII Congresso da FEPAL. Foi uma honra e um prazer servi-los como presidenta, a satisfação não tem medida e terei saudade de tudo da mesma maneira! OCAL cumprirá 30 anos em 2012, atualmente conta com candidatos afiliados de 28 Institutos da América Latina pertencentes à IPA e o objetivo primordial da OCAL é integrar e representar a todos os analistas em formação fomentando espaços de intercâmbio de experiências acadêmicas e inerentes a nossa formação que fortaleçam nossa identidade e nos brindem com a oportunidade de dar-nos conta de que não estamos sozinhos nessa apaixonante tarefa; com este objetivo que desde o início de nossa gestão tratamos de fomentar estes intercâmbios, dando seguimento à tarefa de todas as demais 14 diretivas que passaram.

Assim foi possível realizar as duas Jornadas: Ocal-Norte, “A transmissão” e Ocal-Sul “A formação psicanalítica hoje: intercâmbio de experiências”, em Guadalajara e Buenos Aires respectivamente. Isso nos deu a possibilidade que os candidatos de ambas as latitudes se reunissem, realizando frutíferos debates acadêmicos e laços de amizade que dificilmente se esquecerão, sem a necessidade de ter que viajar grandes distâncias.

Obrigada à Associação Psicanalítica Argentina, APA; Sociedade Argentina de Psicanálise, SAP; Associação Psicanalítica de Buenos Aires, APdeBA; Associação Psicanalítica de Guadalajara e a seu Claustro de Candidatos por tornar possível nossas jornadas, da mesma maneira agradecemos à equipe diretiva da FEPAL, presidida pelo Dr. Enrique Núñez Jasso, por todo seu apoio e a abertura que nos brindaram.

O intercâmbio Ocal-Ipso continuou e se estreitou em nossa gestão, sendo que a Ocal contou com uma grande presença no 46 Congresso IPSO-IPA em Chicago. Pela primeira vez, esta edição conta com um trabalho premiado pela IPSO, correspondendo à deferência que tiveram na revista da OCAL. Quero agradecer a minha valiosa equipe diretiva: à Maria Cecília Andrade (APA), Ma. Paz Arellano (APG), Maridel Canteli (SAP), Stella García (OCAPU), por seu carinho, abertura, responsabilidade e opinião sensata; à Amélia Casas (SPP), sempre com o comentário da experiência por já ter vivido a outra gestão, a Marcos de Soldati, não podíamos ter melhor editor responsável e criativo, aos delegados que trabalharam pela OCAL: à Mônica Povedano (SBPSP), Mônica Sá (SBPSP), Petruska Passos (Aracajú); Leonor Oncina (OCAPU); Ana María Tolmos, (SPP); Guillermo Ruano, (ILAP Honduras), Paola Martínez, (AMPIEP); Aura Lorenzo, (SPM Parque México); María del Carmen González (PSIMEF, APM); Consuelo Osorno, (ARPAC); Claudia Issa, María del Carmen Durán, (SPC); Josefina Sarmiento, (APC), Betty Acosta (SOCOLPSI); Graciela Hoyos, (SOCOLPSI, Cali-Colômbia), muito obrigado.

Passamos o cargo a São Paulo não sem uma deixa de saudade porque este labor te captura, torna-se sutilmente parte da tua vida. Esperamos ter-los servido satisfatoriamente, não obstante sabemos que há muito por que fazer, a OCAL madura e em sua maturidade o que mais deseja é seguir fortalecendo a psicanálise latinoamericana em concordância com a FEPAL. Por último, recebam todos meu agradecimento por nos acompanhar e nos retroalimentar com seus comentários.

Um grande abraço e até sempre.

Norma García

Presidenta OCAL 2008-2010
Bogotá, Colômbia. Setembro de 2010

Nota Editorial

El Comité Editor presenta el décimo número de la Revista de OCAL correspondiente a septiembre de 2010 en ocasión del Precongreso de Psicoanálisis a desarrollarse en la ciudad de Bogotá, Colombia. En consonancia con el tema del Precongreso de OCAL y del Congreso de FEPAL este número también está dedicado a los convocantes conceptos de *Transferencia, Vínculo y Alteridad*.

Surgidos en distintos momentos de la historia de nuestra disciplina, *Transferencia, Vínculo y Alteridad* remiten a diferentes escuelas y campos teóricos plenamente vigentes en los esquemas referenciales actuales. Se trata de conceptos –significantes, podríamos decir– que, con el peso de sus respectivas etimologías psicoanalíticas, gravitan de un modo singular tanto en la manera de abordar la experiencia clínica como en las formas de pensarla y traducirla teóricamente.

A lo largo de la historia, el psicoanálisis latinoamericano ha sido abiertamente fértil a las teorías provenientes de diversas escuelas de Europa y de Norteamérica y de estas influencias han prosperado nuevos y creativos desarrollos e inevitables discrepancias y dificultades.

En este número de la Revista de OCAL las disímiles perspectivas de los trabajos presentados para el Precongreso de Bogotá 2010 quizás den cuenta de la forma en que, en Latinoamérica, los candidatos transitamos nuestra formación e intentamos elaborar nuestra experiencia clínica a la luz de estas constelaciones teóricas. La discusión acerca de la forma y de los efectos que en la clínica y en la teoría tiene la problemática confluencia de estos modos de pensar nuestro trabajo quedará abierta como una instancia más de análisis y discusión en este encuentro en Colombia.

Agradecemos a Israel Katz, editor de ISPO, la posibilidad de incluir el trabajo de Jean Marc Tauszik, *Pasión, posesión, pulsión*, premio IPSO 2009 por mejor trabajo escrito de Latinoamérica, a los doctores Leopold Nosek, Carlos Barredo y Marcelo Viñar por acceder a participar de los *Diálogos* con la revista OCAL, a Patricia Latosinski por su generosa colaboración y a aquellos –muy especialmente a los candidatos que han presentado trabajos y a los colegas del comité de lectores y de la comisión directiva– que de distintas maneras han trabajado para que la revista de OCAL pudiera ser, nuevamente, un modo de reencontrarse con la oportunidad de compartir las inquietudes e ideas de los analistas en formación de Latinoamérica.

Marcos de Soldati

Editor - OCAL



Índice de Contenidos

Premio IPSO Latinoamérica 2009 Pasión, posesión, pulsión <i>Jean Marc Tauszik</i>	11
Un nuevo comienzo: cambio de analista... para devenir analista <i>María Paz Arellano Valdez y Vicenta Ramírez González</i>	31
La derivación. Crónica de una práctica en transferencia <i>María Cecilia Andrade y Agustina Fernández</i>	39
Transferencia y juego. Presentación de material clínico <i>Rosa Schenkel</i>	49
La Tyche. Entre los avatares de una transferencia <i>Mauricio Zulián</i>	57
Primero el vínculo, después, la transferencia <i>Gustavo Fuentes Fuentes</i>	65
Tócala de nuevo, Sam <i>Oswaldo Canosa</i>	
Heridas de la piel, heridas vinculares <i>María del Carmen Cuenca Zavala</i>	83
Dónde plantar la algarroba blanca. Del dolor a la esperanza <i>Lic Patricia Mirochnik</i>	91
De la locura a la creatividad <i>Brenda A. Tolosa Castro</i>	103
La huella de la historia de amor <i>Eva Marcuschamer Stavchansky</i>	117
En transferencia... Un enigma <i>Luisa Irene Acrich</i>	125
Diálogos	
Entrevista al Dr. Leopold Nosek	133
Entrevista al Dr. Carlos E. Barredo	141
Entrevista al Dr. Marcelo Viñar	149

Índice de conteúdos

Premio IPSO Latinoamérica 2009 Paixão, possessão, pulsão <i>Jean Marc Tauszik</i>	24
Um novo começo: mudança de analista... para o devenir do analista <i>María Paz Arellano Valdez y Vicenta Ramírez González</i>	35
Encaminhamento. Crônica de uma prática em transferência <i>María Cecilia Andrade y Agustina Fernández</i>	44
Transferência e jogo. Apresentação de material clínico <i>Rosa Schenkel</i>	53
Tyche. Entre os avatares de uma transferência <i>Lic. Mauricio Zulián</i>	61
Primeiro o vínculo, depois, a transferência <i>Gustavo Fuentes Fuentes</i>	70
Toca outra vez, Sam <i>Osvaldo Canosa</i>	79
Feridas da pele, feridas vinculares <i>María del Carmen Cuenca Zavala</i>	87
Onde plantar a algarobeira branca Da dor à esperança <i>Patricia Mirochnik</i>	97
Da loucura à criatividade <i>Brenda A. Tolosa Castro</i>	110
O vestígio da história de amor <i>Eva Marcuschamer Stavchansky</i>	121
Em transferência... Um enigma <i>Luisa Irene Acrich</i>	129
Entrevista feita ao Dr. Leopold Nosek	138
Entrevista feita ao Dr. Carlos E. Barredo	145
Entrevista feita ao Dr. Marcelo Viñar	152

Pasión, posesión, pulsión

Jean Marc Tauszik*

La locura es haberlo perdido todo,
absolutamente todo, menos la razón.

Chesterton

Es a causa de convertirme en un sujeto,
de no poder sustraerme a serlo,
que me vuelvo loco.

Yo no soy otro:
es lo que compruebo con pavor.

Roland Barthes

La locura es hoy nuestra histeria.

André Green

Cuál pasión

Local y extranjero, extático y sosegador. Con estos paradójicos epítetos describe la imaginación griega a Dionisos, el último de los dioses que ingresa en el Olimpo. Tan contradictorios atributos servirán de sostén para pensar una clínica de las pasiones en el marco del desarrollo del sujeto y de la cura analítica. Si Edipo promueve la comprensión de la neurosis desde los fundamentos mismos del psicoanálisis, y Narciso, más tardíamente, posibilita el entendimiento del narcisismo y de la psicosis, creo que Dionisos permitirá vislumbrar los procesos que emergen en la pasión y en la locura. La clínica contemporánea, así lo ha señalado brillantemente André Green (1980), necesita reflexionar sobre el lugar de la pasión en la teoría y en la técnica. ¿Qué sabemos de la pasión y de la locura implicada en ella? ¿Cómo diferenciarla de la psicosis? ¿Qué consecuencias pueden desprenderse de su inclusión en la cura?

La metapsicología freudiana, desde sus comienzos, ubica la representación en un puesto preponderante. Sin embargo, el afecto no cesará de presentarse como un componente esencial del dinamismo psíquico. Desde *Proyecto de psicología y Estudios sobre la histeria* –ambas obras de 1895– hasta *La interpretación de los sueños* (1900), Freud conserva para el afecto su lugar en las experiencias de satisfacción o dolor, ligándolo siempre a las descargas motrices o a las representaciones de objeto. El afecto sofocado, núcleo de la neurosis, y el *quantum* de afecto, presente en las huellas mnémicas, se harán manifiestos en la conversión histérica, en las transformaciones de la neurosis de angustia y en el desplazamiento obsesivo. Incluso en textos tardíos como *El yo y el ello* (1923) o *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), el afecto puede aparecer como sentimiento inconsciente al obviar el lenguaje para llegar a la conciencia, o puede emerger, directamente desde el ello, perturbando aparatadamente la actividad psíquica y generando angustia traumática. Inesperadamente, con la pasión parece producirse un vacío en la construcción teórica del fundador. Ante la inminencia y el desborde de la pasión amorosa, Freud, en *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*,

escribe: “Contra las pasiones de poco valen unos sublimes discursos” (1915a: 167). Si bien es cierto que de este último texto se desprenden consecuencias importantísimas para la técnica –la abstinencia– para la ética –la búsqueda de la verdad– y para la teoría –el amor como resistencia– asistimos también a una problemática relacionada con el efecto de la pasión amorosa en la contratransferencia y a una consecuente subestimación del papel de las pasiones en el análisis, con lo cual se degrada a estas últimas al lugar de psicosis imposibles o “pasiones elementales” (Canestri, 1998: 121).

La saturación del término pasión, la profusión de asociaciones que genera y su vínculo con la jerga precientífica, hacen compleja su aprehensión desde el vértice del psicoanálisis y dificultan la comprensión de su proximidad en el contexto del encuentro analítico; el peso que la cultura le impone la descarta del catálogo afectivo del *cuero* teórico de nuestra disciplina. Grotstein (1981), siguiendo a Bion, planteaba la necesidad de crear vocablos que dieran cuenta de realidades que no podían ser nombradas con viejos términos, ya que éstos impedían una comprensión renovada y sorprendente. Paradójicamente, es Bion quien reintroduce el concepto de pasión en la teoría actual; Meltzer lo seguirá, también Green. Quisiera ensayar aquí una propuesta que permita redescubrir lo originario de la experiencia de la pasión, atendiendo al rastreo de los usos primordiales que se le han dado a este término y de sus sucesivas mutaciones. En esencia, se trata de despojar a la pasión y a la locura de connotaciones exclusivamente peyorativas, para captar así sus antiguas resonancias y recuperar su sentido.

Etimológicamente, la palabra pasión deriva del latín *passio*, aquello que se soporta y se sufre sin poderse evitar ni superar. A su vez, *passio* proviene del griego *pathos*, que para Aristóteles designa el accidente que consiste en padecer una acción. La escolástica medieval, heredera de este último filósofo, dirá que todo lo que se hace u ocurre es generalmente llamado una pasión en cuanto al sujeto al cual le ocurre (el paciente), y una acción en cuanto al sujeto que hace que ocurra (el agente). Descartes simplificará las cosas diciendo que todo lo que no es acción, es pasión. Sin embargo, mucho antes del surgimiento de la filosofía, la Grecia antigua, a través del mito y, más tarde, de la tragedia, concebirá la pasión como el producto de la intervención de una divinidad; la pasión, al igual que la enfermedad y la plaga, formará un sistema de asociaciones en el que un dios o un *dáimon* actuará dentro del sujeto (*Theía nósos*). Estas pasiones “actuadas” en forma extrema serán comprendidas como locura; la locura será el extremo de un *continuum*, el grado más intenso de placer y de dolor. “Eros es deseo duplicado; Eros duplicado es *manía*” (Platón citado en Padel, 1995: 198).

La distorsión de la *phrén* (mente) de Teseo es producto de la cólera y le hace actuar “mal”, los dioses creen que es “malo” porque no espera pruebas sino que actúa “más rápido de lo que debe”; la maldición de Edipo contra sus hijos es proferida en medio del dolor y el miedo, con “un corazón furioso”; Medea se va con Jasón “loca de amor”; la *phrén* de Antígona “está loca de dolor” por la muerte de sus hermanos; Clitemnestra es sospechosa de “estar loca de placer” al enterarse de la muerte de Orestes. Los ejemplos son numerosos, la locura está implícita en el fenómeno mismo de la pasión. *Sóphron*, “con una *phrén* segura”, significará para los antiguos “prudente, moderado”; lo contrario será vivenciado como *hybris*, “desmesura, prepotencia”, y quien la padece poseerá una *phrén* herida y extraviada, entonces ella o su dueño estará loco, poseído por la divinidad, “actuado” irreflexivamente por un poder inhumano e impersonal. “La locura es una pasión no humana: invasión divina, tormenta interior, persecución bestial” (Padel, 1995: 199). *Éntheos*: poseído por la divinidad; *enthousiasmós*: frenesí. Tal es la concepción griega de la locura y la pasión. *Weltanschauung* regida por Dionisos, dios de la locura trágica y modelo

de todas las demás locuras; creador del vino y del teatro, del ritual y la intoxicación; dios del desmembramiento y del éxtasis, de la muerte y la resurrección, del desvarío orgiástico y el desenfreno pasional, de la extrañeza y de lo entrañable. Dispensador exuberante del alimento vegetal, cuya dotación desdice la ética griega del trabajo; dios apolítico que en su epifanía trastoca la ley y el orden de la *polis*. Heráclito dirá que él y Hades son un mismo dios, lo que conecta su imagen con lo inconsciente. Con él estaremos a lo largo de este intento de disertación.

La locura, la pasión, la historia

Abordaremos ahora las distintas transformaciones de la pasión y de la locura en algunos momentos de la historia de Occidente. La posesión griega (también definida como *energoímenos*), la *mente captus* latina y aun la posesión demoniaca cristiana, serán concebidas como la transformación del hombre en *otro*; transformación radical que, posteriormente, implicará un movimiento profundo, convirtiendo al antiguo sujeto poseído en el desposeído que hoy es, excluido del mundo de los hombres mediante la interdicción jurídica y la práctica de la internación médica.

La Edad Media judeocristiana santificará la miseria; la locura y la pobreza mantendrán su estrecho vínculo con la experiencia mística y la religión. El mito dionisiaco impregnará de manera edulcorada la figura histórica de Cristo; su extasiada Pasión, su resurrección y la transformación simbólica de su sangre en vino contendrán fuertes resonancias del mito original (Hubner, 1985; Frank, s.f). Pero también muchos de sus atributos serán escindidos y relegados a lo infernal; Pan, macho cabrío que junto a las ménades (*mainás*, “mujer loca”) formaba parte de su corte, será convertido en el demonio, manteniendo prácticamente intacta su iconografía. La sexualidad menádica, el pánico de Pan, la generatividad de Priapo y la embriaguez de Sileno serán relegados a un mundo monstruoso y pecaminoso de sufrimientos y penitencias eternas; la vivencia de estas pasiones se pagará con el exorcismo o la hoguera.

El Renacimiento conservará, en su concepción del Bien y del Mal como formas simbólicas y trascendentes de la providencia divina, del destino y de las fuerzas ocultas del cosmos, retazos de la concepción medieval sobre las pasiones. Pero el retorno a Grecia propuesto por el Renacimiento, que recupera la unidad trágica de la existencia, promulgará, además, una relación perpetuamente reversible entre la locura y la razón. “En relación con la Sabiduría (divina), la razón del hombre no era más que locura; en relación con la endeble sabiduría de los hombres, la Razón de Dios es arrebatada por el movimiento esencial de la Locura. Medido en la grande escala, todo no es más que Locura; medido en la pequeña escala, el Todo mismo es locura. Es decir, nunca hay locura más que por referencia a una razón” (Foucault, 1964a: 57). En este sentido, la razón, impedida de acceder al bien y a la verdad, debe seguir los caminos que le traza la locura. Habrá que discernir, entonces, siguiendo la máxima de Erasmo de Rotterdam, entre una “locura loca” que rechaza la locura de la razón, y una “locura sana” que la acoge en su potencialidad; encontraremos ecos de esta visión en la distinción que hace Bion entre “insane psychotic” y “sane psychotic” como aspectos inherentes de la parte psicótica de la personalidad. Con los estertores del Renacimiento, el Concilio de Trento (1545-1563) da un duro golpe a Dionisos, en tanto que promueve y oficializa el desarrollo de la música clásica como aceptación del modo musical apolíneo (modo dórico) en detrimento del modo dionisiaco (modo frigio); esta condena del modo frigio, al que los Padres de la Iglesia denominan *triton diabolicum*, se hará en nombre del poder que esta música tiene de volver locas de deseo a las mujeres.

El 27 de abril de 1656 es inaugurado el Hospital General de París. Esa fecha es considerada por Foucault como emblema del giro que en la Época Clásica¹ tomará la locura. La “locura razonable” renacentista se diluye; la locura desaparece del dominio de la razón para hundirse en una nueva experiencia: el encierro. La locura deberá, ahora, someterse a un orden social establecido; estarán también quienes se le opongan. Los primeros aceptarán la internación, los segundos la rechazarán y por eso la merecen. El irreconciliable conflicto entre la razón y la sinrazón dominará la anterior lucha entre el Bien y el Mal, desplazando la conciencia trágica al dominio de la conciencia moral y jurídica; se tratará ahora de lo bueno y de lo malo en el terreno de la voluntad. La locura en sus formas últimas es, para el Clasicismo, el hombre en relación inmediata con su animalidad, sin otra referencia y sin otro recurso; los nombres más cercanos a su esencia serán la ceguera y el delirio. La causa próxima (la anatomía del cerebro) y la causa lejana (las exaltaciones de la lectura novelesca, el retorno de las estaciones, la humedad) son los extremos de un único y mismo movimiento: la pasión. “La pasión desempeña un papel fundamental; es la causa más constante, más obstinada y más meritoria de la locura. *Es la superficie de contacto entre el alma y el cuerpo, y por ello se convierte en la condición de posibilidad de locura.* A través de la pasión, la locura ingresa en el alma y se fragmenta la unidad de ésta con el cuerpo. Se genera de este modo ese movimiento de lo irracional del que surgen las quimeras, los fantasmas y el error”² (Castro, 2004: 221). Encontraremos aquí residuos de la antigua concepción griega sobre las pasiones, aunque despojadas de su vínculo con lo divino.

La Modernidad, en otra vuelta de tuerca, brindará una nueva perspectiva en las múltiples oportunidades que al hombre se le ofrecen para alienarse. La sinrazón se verá paulatinamente en la experiencia literaria (Hölderlin, Goethe, Nietzsche, Sade, Artaud) y pictórica (Van Gogh, Gauguin, Picasso), al tiempo que la locura no será ya animalidad, sino oposición a la historia, para después instalarse definitivamente como el reverso de la sociedad. El ingreso del médico en el espacio de la internación marcará este momento. “Es importante, decisivo quizás, para el lugar que debe ocupar la locura en la cultura moderna, que el *homo medicus* no haya sido convocado al mundo de la internación como *árbitro*, para realizar la separación entre lo que era crimen y lo que era locura, entre el mal y la enfermedad, sino, más bien, como *guardián*, para proteger a los otros del peligro confuso que transpiraba a través de los muros de la internación” (Foucault, 1964b: 235). La locura será degeneración bañada de muerte. Cito aquí el testimonio en clave poética del escritor venezolano Armando Rojas Guardia tras su última internación: “Llegábamos en grupos hasta el baño,/desamparada fraternidad de cuerpos,/goteantes carnes, en la mitad del mundo/-porque estar allí era una cósmica intemperie,/la orfandad meridiana y absoluta:/verse a sí mismo, desnudo ante los otros,/desnudos también ellos, devolviéndonos/a la solar ingritud de ser un cuerpo/parado allí frente a los ojos/del escrutinio ajeno, sin la sombra/bienhechora y cobijante del pudor:/sólo desnudo como el Adán culpable/con la conciencia súbita de estarlo/en la desolación panóptica del día,/justo en el eje de las doce en punto” (2004: 49). La mirada objetiva y el saber sobre la locura, supondrá en quien la posee una manera de desprenderse de ella, un cierto modo “desapasionado” de no estar loco.

¹ Utilizamos en este caso los términos “Época Clásica” y “Clasicismo” para referirnos al período de la historia francesa que comienza aproximadamente en 1630 y culmina hacia 1714.

² Las itálicas son mías.

Freud: cuál pulsión

Ubico el pensamiento de Freud en el intersticio entre la Época Clásica y la Modernidad. La visión medicalizada y positivista que sobre el sufrimiento se impone implacablemente, hará de él, en el comienzo de sus teorizaciones, un hombre de su tiempo, mientras que del Clasicismo heredaré ese lugar de la pasión que se encuentra, como he señalado más arriba, en la superficie de contacto entre el alma y el cuerpo y que conservará también, posteriormente, para la pulsión: *nuestra mitología*. En *Análisis terminable e interminable*, Freud reconocerá la similitud que guarda el desarrollo de su teoría de las pulsiones, elaborada a partir de 1920 en su segunda tópica, con la distinción que hace Empédocles (495-435 a.C.) entre *filía* y *neikos*, en la que la primera “aspira a aglomerar en una unidad las partículas primordiales de los cuatro elementos; el otro, al contrario, quiere deshacer todas esas mezclas y separar entre sí esas partículas primordiales” (1937: 247).

Pienso que del Romanticismo –promotor de la recuperación de la experiencia dionisiaca de la existencia– y particularmente de Nietzsche, Freud tomará y enriquecerá el saber con el que nutrirá su teoría de las pulsiones. Dice el filósofo alemán (1899): “Este mundo: una inmensidad de fuerza, sin comienzo, sin fin, una magnitud fija y bronceada de fuerza que no se hace más grande ni más pequeña, que no se consume, sino que sólo se transforma, de magnitud invariable en su totalidad, una economía sin gastos ni pérdidas, pero también sin aumento, sin ganancias, circundado por la nada como por su límite; no es una cosa que se desvanezca ni que se gaste, no es infinitamente extenso, sino que como fuerza determinada ocupa un determinado espacio, y no un espacio que esté vacío en algún lugar, sino que más bien, como fuerza, está en todas partes, como juego de fuerzas y ondas de fuerza; que es a la vez uno y múltiple; que se acumula aquí y a la vez se encoge allá; un mar de fuerzas que fluyen y se agitan a sí mismas, un mundo que se transforma eternamente, que retorna eternamente, con infinitos años de retorno; un mundo con un flujo y reflujo de sus formas, que se desarrollan desde la más simple a la más compleja; un mundo que de lo más tranquilo, frío y rígido pasa a lo más ardiente, salvaje y contradictorio, y que luego de la abundancia retorna a la sencillez, que del juego de las contradicciones retorna al placer de la armonía, que se afirma a sí mismo aún en esta uniformidad de sus cauces y de sus años y se bendice a sí mismo como algo que debe retornar eternamente, como un devenir que no conoce ni la saciedad, ni el disgusto, ni el cansancio: este mundo mío dionisiaco, que se crea a sí mismo eternamente y eternamente a sí mismo se destruye, este mundo misterioso de las voluptuosidades dobles; este mi “más allá del bien y del mal”, sin finalidad, a no ser que la haya en la felicidad del círculo, sin voluntad a no ser que un anillo tenga buena voluntad para sí mismo. ¿Queréis un nombre para este mundo? ¿Una solución para todos sus enigmas? (...) Este mundo es la voluntad de poder, y nada más. Y también vosotros mismos sois esa voluntad de poder, y nada más” Espero se me dispense lo extenso de la cita, pero si osáramos sustituir la “voluntad de poder” del texto nietzscheano por el término pulsión, ¿no estaríamos frente a una definición clara y profunda de lo que Freud intentó explicarnos en reiteradas oportunidades? No terminamos aún. De nuevo Nietzsche: “La voluntad de poder no es ni un ser ni un devenir, es un *pathos*”. La pulsión como pasión: esto sí nos acerca definitivamente a su esencia más recóndita. Pulsión que subvierte al sujeto poniéndolo en acto; en palabras de Green: “El yo *padece* la pulsión, como el psiquismo (en la pulsión) *padece* lo corporal” (1980: 241).

La pulsión. El advenimiento de la pasión

En lo pujante e imperioso de la pulsión el frágil yo es excedido y amenazado con la disolución y el descuartizamiento; en su adherencia a lo corporal, la pasión actualiza experiencias arcaicas y primordiales marcadas por la ligazón de los primeros vínculos, señalando, en su despliegue aparatoso, aquello que, en lo imaginario, colma la falta. La pasión será, así, búsqueda desenfrenada de certidumbre, elección arbitraria que entrona una cualidad –o un defecto– del objeto al estatuto de *signo* del yo ideal. En esta puesta en tensión del deseo y su consecuente intensificación de lo emocional, la pasión dramatiza aquello que se teme, se anhela o se constata. En su desborde, la falta es experimentada como humillación y se intenta, a como dé lugar, anular la pérdida; se establece, entonces, un particularísimo lazo fusional con aquel representante “perfecto” de la Cosa, incapaz, en su naturaleza, de reconstruir el narcisismo del sujeto: aquello que en un primer tiempo se caracterizó por el amor, devendrá, en un segundo tiempo, objeto del odio originario; lo que intenta fijarse en el ideal finalmente se sustenta en el odio cuando la alteridad es inaceptable y la confusión, letal. Lo pasional atestigüa, entonces, la intrincación de la vida y de la muerte en una misma imagen que las representa a ambas y que Freud formalizará, como ya vimos, en la segunda etapa de su obra, en el enfrentamiento, de corte poético y mítico, entre Eros y Tánatos. En *Pulsiones y destinos de pulsión*, Freud dirá: “Etapas previas del amar se presentan como metas sexuales provisionales en el curso del complicado desarrollo de las pulsiones sexuales. Discernimos la primera de ellas en el *incorporar o devorar*, una modalidad de amor compatible con la supresión de la existencia del objeto como algo separado, y que por tanto puede denominarse ambivalente. (...) Por su conducta hacia el objeto, esta forma y etapa previa del amor es apenas diferenciable del odio” (1915b: 133). Durante el primer tiempo, aún marcado por el amor, en el fenómeno de la pasión, el objeto dejará oír su voz, haciendo del que la padece un títere enteramente sometido a sus designios, un *poseso* que fantasea con la *posesión* absoluta del objeto de su desmesurado afecto; aquel yo ideal adopta descarnadamente el semblante de un superyó tiránico e implacable, como observamos claramente en los fenómenos de masas.

Bion irá más lejos: trascenderá el par antitético freudiano amor-odio en su concepción de las emociones como vínculos de las relaciones mentales humanas –amor (L), odio (H), conocimiento (K)–; opondrá las emociones positivas (L, H, K) a las negativas (-L, -H, -K) y en su formulación, como en la de Meltzer, la pasión será una suerte de metavínculo que impide la disgregación de los componentes del primer conjunto de emociones; la pasión se verá constantemente asediada por los vínculos negativos, es decir, por un odio descarnado a las emociones. Meltzer (1988), en su propuesta ética-estética del psicoanálisis, en la que la verdad y la belleza se encuentran en conjunción, propondrá a la pasión como aquello que posibilita el avance hacia el interior del objeto; la difícil tolerancia al misterio que este interior resguarda y el dolor ante la incertidumbre conmocionará, de entrada, las posibilidades de la pasión. Lo que en Freud, con respecto a la pasión, podría comprenderse como lo *pasional*, en Bion y en Meltzer virará hacia el *apasionamiento*, una “emoción experimentada con intensidad y calidez aunque sin ninguna sugerencia de violencia: el sentido de violencia no debe ser expresado por el término pasión a menos que esté asociado con el término voracidad” (Bion, 1963: 31). Para Green (1980), el análisis se producirá verdaderamente cuando lo pasional –y la locura que de allí se desprende– entren en el campo de la transferencia; la pasión, que es en sí misma ligazón, favorecerá la confiada *pasivación* mediante la cual el analizando se entregará al analista, recreando el proceso mediante el cual el *infans* se entrega al cuidado materno.

La mortífera posesión y la avasallante locura que fascinan al sujeto conduciéndolo a la trágica e irremediable sentencia del destino, pueden, en el continente analítico, apaciguarse en la medida en que aquello que emerge en el *impasse* repetitivo se dilucide y se reflexione, abriéndose así a nuevas posibilidades de realización; lo pasional devendrá apasionamiento en tanto que la cualidad de signo del yo ideal se tornará símbolo abierto a múltiples efectos; el sostén del deseo aparecerá en donde antes ocupaba su lugar la ciega necesidad; donde se encontraba un inamovible objeto de la pulsión aparecerá un objeto suficientemente necesario y, también, suficientemente innecesario. En el fenómeno pasional el yo será arrollado por la pulsión mientras que del apasionamiento resultará una pulsión contenida por el yo. De aquí en adelante la pasión no será ya concebida como negativa respecto a la acción; se trata más bien de una positividad que funda a la acción, especialmente aquella que invita a la exploración de lo Real y lo *numinoso*.

Dionisos apasionado

A continuación, una viñeta perteneciente a la imaginería dionisiaca, entre las tantas que este mito ofrece, me permitirá amplificar los avatares de la pasión en la vida del sujeto. Me adscribo a una postura que entiende a la mitología como psicología de la antigüedad y, a partir de allí, propone, a su vez, al psicoanálisis como una mitología contemporánea. El relato de origen órfico, tal como es descrito por Nilsson, refiere al desmembramiento de Dionisos Zagreo por parte de los Titanes: “El mito (...) cuenta que Zeus quiso poner el gobierno del mundo en manos de su hijo Dionisos; pero los malvados Titanes sedujeron al niño, lo descuartizaron y devoraron sus miembros. Del corazón, que Atena salvó y entregó a Zeus, fue creado el nuevo Dionisos. Zeus fulminó a los Titanes con su rayo reduciéndolos a cenizas, de las cuales fueron creados los hombres” (1946: 32). ¿Cómo comprender el desmembramiento del infante Dionisos por parte de los Titanes? Los estudiosos de la cultura griega han notado la ausencia de representaciones con respecto a los Titanes en su iconografía; aquella estirpe preolímpica, anterior al nacimiento de los dioses, carece para los antiguos de figurabilidad. Esta genial intuición concuerda con lo que el pensamiento psicoanalítico contemporáneo entiende respecto a la relación del niño con lo pulsional en los primeros intercambios con el objeto; la excitación pulsional padecida por el bebé desde el interior mismo de su cuerpo sobrepasa la capacidad de elaboración de su incipiente yo, aún indiferenciado y sin posibilidad para pensar las emociones; este desmesurado empuje dificulta la integración de las pulsiones en una actividad de ligazón y amenaza con la sensación imperante y terrorífica del desmembramiento. La madre, *objeto único e irremplazable*, en su función contenedora, intentará hacer tolerable dicha experiencia, oscilando siempre entre un exceso de gratificación y un exceso de frustración que, inevitablemente, generará un *plus* de excitación pulsional, esta vez proveniente del exterior del cuerpo del niño. Ante tal escenario, la vivencia del descuartizamiento de este naciente yo, que en un primer tiempo es corporal, parece inevitable. Encuentro esta experiencia como precursora de lo que posteriormente será el complejo de castración que definirá el sepultamiento del complejo de Edipo (Tauszik, 2006) y que es acorde con lo que nos señala Green: “El porvenir de la teoría, de la clínica y de la técnica psicoanalítica no se encuentra en el reemplazo de la problemática freudiana centrada en torno a la castración por una problemática moderna en la que intervinieran otros factores –despedazamiento, desagregación, aniquilación– sino en la articulación de estas dos problemáticas” (1980: 250). Nuevamente el pensamiento griego nos sugiere una pista: ¿No era acaso Dionisos pariente de Edipo? Semele, madre del primero

era hermana de Polidoro, bisabuelo paterno del segundo; a su vez, Yocasta, madre de Edipo, era bisnieta de Penteo, este último despedazado por su madre como relata Eurípides en *Las Bacantes*. En una antiquísima narración egipcia, Osiris es desmembrado por su hermano Set y los trozos de su cuerpo son esparcidos por el agua y por la tierra; posteriormente, los trozos de Osiris son descubiertos por su hermana y consorte Isis, quien los recompone sin encontrar los genitales, que habían sido devorados por los peces; “el dios renacido, sin embargo, no permaneció en la tierra, sino que se convirtió en señor de los que parten al inframundo” (Cotterell, 1979: 52). Con el desgarramiento dionisiaco asistimos a una dialéctica centrada en lo múltiple y lo uno; al desmembramiento originario le sucederá el renacimiento del dios, su *remembranza* en el uno, que posteriormente, mediante la síntesis emergente de este proceso, devendrá un no-todo como efecto de la castración.

Relatan los mitólogos que cuando Dionisos aparece, la noción misma de límite desaparece; las distinciones que operan con la nominación de la palabra pierden su consistencia; lo masculino y lo femenino, la vida y la muerte, el adentro y el afuera, pierden su coherencia habitual. Podemos relacionar este modo dionisiaco con la posición glischrocárica ejemplificada por Bleger (1967), con la simbiosis descrita por Mahler (1968) o con la posición autista-contigua propuesta por Ogden (1989). Estos modos serán antecesores, en la vida del infante, de la posición esquizoparanoide avanzada primero por Fairbairn y luego por Klein, y permanecerán a largo de la vida del sujeto como una forma de funcionamiento mental. Esta postura teórica es contraria a la idea de un narcisismo anobjetal; se trata más bien de un narcisismo que transcurre dentro del vínculo primario con la madre y que es anterior a la fase del espejo descrita magistralmente por Lacan. Para Bleger, la ambigüedad característica de esta posición “...no es confusión, sino persistencia o regresión a un estado de fusión primitiva o indiferenciación, que caracteriza los primeros esbozos de la organización psicológica. En otros términos, el sujeto ambiguo no ha llegado a configurar contradicciones, tampoco ha llegado a discriminar términos diferentes; para él son equiparables, equivalentes o coexistentes” (1967:168). Yo y no-yo no están aún definidos en el *infans*, así como tampoco ninguna de las categorías oposicionales propias del pensamiento consciente se sostienen en el adulto ubicado en esta posición.

En esta diada la madre definirá el devenir del bebé ubicándolo bien sea del lado de la locura –constitucional del sujeto– o de la psicosis. Si ésta es capaz de favorecer el florecimiento de la vida pulsional del niño en condiciones en donde predominen las ligazones propias de Eros, con sus investiduras más o menos estables, la locura quedará contenida en los límites del pensamiento, adherida a la presión de la actividad natural de la pulsión; el bebé tendrá que vérselas preponderantemente con su excitación interna. Lo contrario implicará un bebé en el que la lucha no sólo enfrentará a la fuente interna de la pulsión sino también aquellas, que desde afuera, vendrán de la madre y su montante de angustia. En estos procesos, lo tanático, en un intento desesperado por controlar el objeto y preservarse de él, promoverá un ataque al vínculo y la desligazón será la constante, siendo la psicosis la resultante de esta situación. En la versión órfica, Atenea, nacida de la cabeza de su padre Zeus, sugiere la capacidad materna de contener y preservar el corazón de Dionisos, el núcleo mismo de su pasión; en su entrega a Zeus, el gesto ateneico promoverá la inclusión de una terceridad representada en la figura paterna, que no sólo amenaza con castrar sino que también instala la potencialidad y la capacidad para postergar y sublimar; Dionisos, así, nace por segunda vez como sujeto, sosteniendo su locura entre la ligazón y la desligazón, esta última tan cara a los procesos de desarrollo, ya que en ella la temporalidad mítica deviene histórica y el individuo se inserta en la cultura. Madre y padre ocupan su lugar en nuestro relato mientras Dionisos corona la creación.

El hombre, conformado por las cenizas de los Titanes y de Dionisos devorado, contiene en su esencia un aspecto ciego, desmedido, pulsional y pasional; también un afecto –o más precisamente, una capacidad de afectación– que es matriz simbólica y origen del pensamiento y la imaginación. El loco aspecto dionisiaco de la existencia se sostiene como principio fundador de la praxis, la acción y la razón. A fin de cuentas, y parafraseando a Lacan, un toque de locura vale más que una triste neurosis.

Resumen

El presente trabajo intenta establecer, a partir de la observación clínica, la historia de las ideas y la narración mitológica, cuál es el lugar que la pasión ocupa en la constitución del sujeto y qué importancia tiene ésta en la teoría psicoanalítica contemporánea. A su vez, el autor precisa los elementos diferenciales que distinguen a la locura de la psicosis desde una perspectiva tanto pulsional como objetal. La inclusión de Dionisos (más allá de Edipo y de Narciso) en la reflexión metapsicológica enmarca y aclara dicha problemática diferenciando lo pasional del apasionamiento en el devenir del sujeto.

Bibliografía

- Barthes, R. (1977). *Fragments de un discurso amoroso*. México D.F.: Siglo XXI, 1999.
- Bion, W. R. (1957). “Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas”, en *Volviendo a pensar*, pp. 64-91. Buenos Aires: Hormé, 1996.
- . (1963). *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé, 2000.
- . (1965). *Transformaciones*. Valencia: Promolibro, 2001.
- Bleger, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad. Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- Bremmer, J. (1983). *El concepto del alma en la antigua Grecia*. Madrid: Siruela, 2002.
- Canestri, J. (1998). “Un grito de fuego. Algunas consideraciones sobre el amor de transferencia”, en E. Spector, A. Hagelin, P. Fonagy, *En torno a Freud. Observaciones sobre el amor de transferencia*, pp. 109-126. Madrid: Biblioteca Nueva, 1998.
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, 2004.
- Comte-Sponville, A. (2001). *Diccionario filosófico*. Barcelona: Paidós, 2003.
- Cotterell, A. (1979). *Diccionario de mitología universal*. Barcelona: Ariel, 1988.
- Dodds, E. R. (1951). *Los griegos y lo irracional*. Madrid: Alianza, 2006.
- Eurípides (409 a.C). “Las Bacantes”, en Eurípides, *Tragedias*. Tomo III, pp. 251-317. Madrid: Cátedra, 2000.
- Foucault, M. (1964a). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. México D.F.: FCE, 2006.
- . (1964b). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo II. México D.F.: FCE, 2002.
- Frank, M. (s/f). *El dios venidero. Lecciones sobre la Nueva Mitología*. Barcelona: del Serbal, 1994.
- Freud, S. (1915a). “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis”, en *Obras completas*. Tomo XII, pp. 159-174. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
- . (1915b). “Pulsiones y destinos de pulsión”, en *Obras completas*. Tomo XIV, pp. 105-134. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- . (1920). “Más allá del principio de placer”, en *Obras Completas*. Tomo XVIII, pp. 1-62. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- . (1921). “Psicología de las masas y análisis del yo”, en *Obras completas*. Tomo XVIII, pp. 63-136. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- . (1937). “Análisis terminable e interminable”, en *Obras completas*. Tomo XXIII, pp. 211- 254. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- Gadamer, H-G. (1981). “Mitología y religión revelada”, en *Mito y razón*, pp. 29-38. Barcelona: Paidós, 1997.
- García, A. (2008). Transferencia y contratransferencia en Freud, Bion y otros: notas. Inédito.
- Green, A. (1973). *El discurso vivo. Una concepción psicoanalítica del afecto*. Valencia: Promolibro, 1998.

- . (1977). “Concepciones sobre el afecto”, en *De locuras privadas*, pp. 163-216. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- . (1980). “Pasiones y destinos de las pasiones. Sobre las relaciones entre locura y psicosis”, en *De locuras privadas*, pp. 217-268. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- . (1996). “Génesis y situación de los estados fronterizos”, en J. André (dir.), *Los estados fronterizos. ¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis?*, pp. 27-59. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000.
- . (1997). *Las cadenas de Eros. Actualidad de lo sexual*. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.
- . (2007). *Pourquoi les pulsions de destruction ou de mort?*. Paris: Panama, 2007.
- Grimal, P. (1951). *Diccionario de mitología griega y romana*. Barcelona: Paidós, 1997.
- Grotstein, J. (1981). “Who is the dreamer who dreams the dream and who is the dreamer who understands it?”, en J. Grotstein (ed.), *Do I dare disturb the universe? A memorial to Wilfred R. Bion*, pp. 357-416. Londres: Karnac, 1990.
- Hubner, K. (1985). *La verdad del mito*. México D.F.: Siglo XXI, 1996.
- Kerényi, K. (1951). *Los dioses de los griegos*. Caracas: Monte Ávila, 1997.
- . (1967). *Dionisos. Raíz de la vida indestructible*. Barcelona: Herder, 1998.
- Leisse, A. (1996). “En los senderos de la pasión”, en *Trópicos. Revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas*. Año VII, vol. II, pp. 54-64. Caracas: Fondo Editorial Sociedad Psicoanalítica de Caracas, 1999.
- López-Pedraza, R. (2000). *Dionisos en exilio. Sobre la represión de la emoción y el cuerpo*. Caracas: Festina Lente, 2000.
- Mahler, M. (1968). *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación*. Tomo I: psicosis infantil. México D.F.: Joaquín Mortiz, 1972.
- Marcano, S. (1998). “Amor, transferencia y locura”, en *Trópicos. Revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas*. Año X, vol. I, pp. 61-73. Caracas: Fondo Editorial Sociedad Psicoanalítica de Caracas, 2002.
- Meltzer, D. (1988). *La aprehensión de la belleza. El rol del conflicto estético en el desarrollo, la violencia y el arte*. Buenos Aires: Spatia, 1990.
- Merea, E. C. (1980). “El concepto de objeto en la obra de Freud”, en W. Baranger (ed.), *Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis*, pp. 3-22. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- Morfaux, L-M. (1980). *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. París: Armand Colin, 1980.
- Nietzsche, F. (1872). *El origen de la tragedia*. México D. F.: Porrúa, 1999.
- . (1899). *La voluntad de poderío*. Buenos Aires: Aguilar, 1967.
- Nilsson, M. (1946). *Historia de la religión griega*. Madrid: Gredos, 1970.
- Ogden, T. (1986). *La matriz de la mente. Las relaciones de objeto y el diálogo psicoanalítico*. Madrid: Tecnipublicaciones, 1989.
- . (1989). “Sobre el concepto de una posición autista-contigua”, en *Libro anual de psicoanálisis 1989*. Tomo V, pp. 153-166. Lima: Imago, 1990.
- Otto, W. (1933). *Dionisos. Mito y culto*. Madrid: Siruela, 1997.
- Padel, R. (1995). *A quien un dios quiere destruir, antes lo enloquece. Elementos de la locura griega y trágica*. Buenos Aires: Manantial, 1997.
- Rohde, E. (1894). *Psique. La idea del alma y la inmortalidad entre los griegos*. Madrid: FCE, 1994.
- Rojas Guardia, A. (2004). “La desnudez del loco”, en *Patria y otros poemas*, pp. 45-67. Caracas: Equinoccio, 2008.
- Rotemberg, H. (1998). “Ensayo sobre el afecto”, en *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. Vol. XX, n. 3, pp. 769-776. Buenos Aires: APdeBA, 1998.
- Tabak de Bianchedi, E. (1998). “El psicoanalista apasionado o aprendiendo de la experiencia emocional”, en *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. Vol. XX, n. 3, pp. 617-629. Buenos Aires: APdeBA, 1998.
- Tauszik, J. M. (2006). *El eros del poder. Reflexiones sobre el complejo de poder, la potencia y la psicoterapia*. Inédito.
- Trías, E. (1979). *Tratado de la pasión*. Madrid: Taurus, 1997.

Paixão, possessão, pulsão

Jean Marc Tauszik*

Loucura é ter perdido tudo,
Absolutamente tudo, menos a razão.

Chesterton

É por causa de converter-me em sujeito,
de não poder subtrair-me a ser-lo,
Que me torno louco.

Eu não sou outro:

É o que comprovo com pavor.

Roland Barthes

A loucura é hoje nossa histeria.

André Green

Qual paixão

Local e estrangeiro, extático e sossegador. Com estes epítetos paradoxais o imaginário grego descreve Dionísio, o último dos deuses a ingressar no Olimpo. Tão contraditórios atributos servirão de apoio para pensar uma clínica das paixões no marco de desenvolvimento do sujeito e da cura analítica. Se Édipo promove a compreensão da neurose desde os fundamentos mesmos da psicanálise, e Narciso, mais tardiamente, possibilita o entendimento do narcisismo e da psicose, creio que Dionísio permitirá vislumbrar os processos que emergem da paixão e da loucura. A clínica contemporânea, assim como André Green (1980) brilhantemente assinalou, precisa refletir sobre o lugar da paixão na teoria e na técnica. Que sabemos da paixão e da loucura implicada nela? Como diferenciá-la da psicose? Que consequências podem desprender-se de sua inclusão na cura?

A metapsicologia freudiana, desde o princípio, situa a representação num espaço preponderante. Contudo, o afeto não cessará de apresentar-se como um componente essencial do dinamismo psíquico. Desde o *Projeto de uma Psicologia Científica e Estudos sobre Histeria* –ambas obras de 1895– até *A Interpretação dos Sonhos* (1900), Freud conserva para o afeto seu lugar nas experiências de satisfação ou dor, ligando-o sempre às descargas motrizes ou às representações de objeto. O afeto sufocado, núcleo da neurose, y o *quantum* de afeto, presente nas marcas mnêmicas, se farão manifestos na conversão histérica, nas transformações da neurose de angústia e no deslocamento obsessivo. Inclusive em textos tardios como *O Ego e o Id* (1923) ou *Inibição, sintoma e angústia* (1926), o afeto pode aparecer como sentimento inconsciente ao obviar a linguagem para chegar à consciência, ou pode emergir, diretamente do ego, perturbando ostensivamente a atividade psíquica e gerando uma angústia traumática. Inesperadamente, parece produzir-se com a paixão um vazio na construção teórica do fundador. Frente à iminência e o desborde da paixão amorosa, Freud escreve em *Observações sobre o amor de transferência*: “Contra as paixões alguns sublimes discursos valem pouco” (1915a:167). Embora seja certo que deste último texto se desprendam consequências importantíssimas para a técnica –a abstinência– para a ética –a

busca da verdade— e para a teoria —o amor como resistência— assistimos também a uma problemática relacionada com o efeito da paixão amorosa na contratransferência e a uma conseqüente subestimação do papel das paixões na análise, com o qual se degrada a estas últimas o lugar de psicoses impossíveis ou “paixões elementares” (Canestri, 1998: 121).

A saturação do término paixão, a profusão das associações que gera e seu vínculo com o jargão pré-científico, tornam complexa sua apreensão a partir do vértice da psicanálise e dificultam a compreensão de sua proximidade no contexto do encontro analítico; o peso que a cultura impõe à paixão acaba por descartá-la do catálogo afetivo do *corpo* teórico de nossa disciplina. Grotstein (1981), seguindo Bion, expunha a necessidade de criar vocábulos que dessem conta de realidades que não podiam ser nominadas com termos antigos, já que estes impediam uma compreensão renovada e inesperada. Paradoxalmente, é Bion quem reintroduz o conceito de paixão na teoria atual; Meltzer o seguirá, também Green. Gostaria de ensaiar aqui uma proposta que permita redescobrir o originário na experiência da paixão, atendendo ao rastreamento dos usos primordiais que se há dado a este termo e suas sucessivas mutações. Em essência, se trata de despojar a paixão e a loucura de conotações exclusivamente pejorativas para assim captar suas antigas ressonâncias e recuperar seu sentido.

Etimologicamente, a palavra paixão deriva do latim *passio*, aquilo que se suporta e sofre sem poder evitar nem superar. Em seu turno, *passio* provém do grego *pathos*, que para Aristóteles designa o acidente que consiste em padecer uma ação. A escolástica medieval, herdeira deste último filósofo, dirá que tudo o que se faz ou ocorre é geralmente chamado uma paixão enquanto ao sujeito ao qual lhe ocorre (o paciente), e é chamado uma ação enquanto ao sujeito que faz com que ocorra (o agente). Descartes simplificará as coisas dizendo que tudo o que não é ação, é paixão. Entretanto, muito antes do surgimento da filosofia, a Grécia Antiga, através do mito e, mais tarde, da tragédia, conceberá a paixão como produto da intervenção de uma divindade; a paixão, tal como uma enfermidade ou uma praga, formará um sistema de associações no qual um deus ou um *dáimon* atuará dentro do sujeito (*Theia nósos*). Estas paixões “atuadas” em forma extrema serão compreendidas como loucura; a loucura será o extremo de um *continuum*, o grau mais intenso do prazer e da dor. “Eros é desejo duplicado; Eros duplicado é *mania*” (Platão citado em Padel, 1995: 198).

A distorção da *phrén* (mente) de Teseu é produto da cólera e o faz atuar “mal”, os deuses crêem que é “mau” porque não espera provas senão que atua “mais rápido do que deve”; a maldição de Édipo contra seus filhos é proferida em meio à dor e ao medo, com “um coração furioso”; Medeia parte com Jasão “louca de amor”; a *phrén* de Antígona “está louca de dor” pela morte de seus irmãos; suspeita-se que Clitenebra “está louca de prazer” ao interar-se da morte de Orestes. Os exemplos são numerosos, a loucura está implícita no fenômeno mesmo da paixão. *Sóphron*, “com uma *phrén* segura”, significará para os antigos “prudente, moderado”; o contrário será vivenciado como *hybris*, “excesso, prepotência” e quem a padece possuirá uma *phrén* ferida e extraviada, então ela ou seu dono estará louco, possesso pela divindade, “atuado” irreflexivamente por um poder inumano e impessoal. “A loucura é uma paixão não humana: invasão divina, tormenta interior, perseguição bestial” (Padel, 1995: 199). *Éntheos*: possuído pela divindade; *enthousiasmós*: frenesi. Tal é a concepção grega da loucura e da paixão. Weltanschauung regida por Dionísio, deus da loucura trágica e modelo de todas as demais loucuras; criador do vinho e do teatro, do ritual e da intoxicação; deus do desmembramento e do êxtase, da morte e da ressurreição, do desvario orgiástico e do desenfreio passional, da estranheza e do entranhável. Dispensador exuberante do alimento vegetal, cuja dotação desdiz a ética

grega do trabalho; deus apolítico que em sua epifania perturba a lei e a ordem da *polis*. Heráclito dirá que Dionísio e Hades são um mesmo deus, o que conecta sua imagem com o inconsciente. Com ele estaremos no decorrer deste intento de dissertação.

A loucura, a paixão, a história

Abordaremos agora as distintas transformações da paixão e da loucura em alguns momentos da história do Ocidente. A possessão grega (também definida como *energoúmenos*), a *mente captus* latina e ainda a possessão demoníaca cristã, serão concebidas como a transformação do homem em *outro*; transformação radical que, posteriormente, implicará num movimento profundo, convertendo ao antigo sujeito possuído em despossuído que hoje é, excluído do mundo dos homens mediante a interdição jurídica e a prática da internação médica.

A Idade Média judaico-cristiana santificará a miséria; a loucura e a pobreza manterão seu estreito vínculo com a experiência mística e a religião. O mito dionisíaco impregnará de maneira adoçada a figura histórica de Cristo; sua extasiada Paixão, sua ressurreição e a transformação simbólica de seu sangue em vinho conterão fortes ressonâncias do mito original (Hubner, 1985; Frank, s.f.). Mas também muitos dos seus atributos serão cindidos e relegados ao infernal; Pan, macho cabra que junto às ménades (*mainás*, “mulher louca”) formava parte de sua corte, será convertido em demônio, mantendo praticamente intacta sua iconografia. A sexualidade menática, o pânico de Pan, a generatividade de Priapo e a embriaguez de Sileno serão relegadas a um mundo monstruoso e pecaminoso de sofrimentos e penitências eternas; a vivência destas paixões se pagará com o exorcismo ou a fogueira.

O Renascimento conservará, na sua concepção de Bem e de Mal como formas simbólicas e transcendentais da providência divina, do destino e das forças ocultas do cosmos, retalhos da concepção medieval sobre as paixões. Mas o retorno à Grécia proposto pelo Renascimento, que recupera a unidade trágica da existência, promulgará, ademais, uma relação perpetuamente reversível entre a loucura e a razão. “Em relação com a Sabedoria (divina), a razão do homem não era mais que loucura; em relação com a rala sabedoria dos homens, a Razão de Deus é arrebatada por um movimento essencial da Loucura. Medido na grande escala, tudo nada mais é que Loucura; medido na pequena escala, o Todo mesmo é loucura. Ou seja, nunca há loucura mais que por referência a uma razão” (Foucault, 1964a: 57). Neste sentido, a razão, impedida de aceder ao bem e a verdade, deve seguir os caminhos que traça a loucura. Haverá que discernir então seguindo a máxima de Erasmo de Rotterdam, entre uma “loucura louca” que rechaça a loucura da razão, e uma “loucura sã” que a acolhe em sua potencialidade; encontraremos ecos desta visão na distinção que faz Bion entre “insane psychotic” e “sane psychotic” como aspectos inerentes da parte psicótica da personalidade. Com os estertores do Renascimento, o Concílio de Trento (1545-1563) dá um duro golpe a Dionísio, na medida em que promove e oficializa o desenvolvimento da música clássica como aceitação do modo musical apolíneo (modo dórico) em detrimento do modo dionisíaco (modo frígio); esta condenação do modo frígio, ao que os Padres da Igreja denominam *triton diabolicum*, se fará em nome do poder que esta música tem de tornar as mulheres loucas de desejo.

Em 27 de abril de 1656 foi inaugurado o Hospital Geral de Paris. Esta data foi considerada por Foucault como emblema do giro que a Época Clássica¹ tomará a loucura. A “loucura razoável” renascentista se dilui; a loucura desaparece do domínio da razão para

¹ Utilizamos neste caso os termos “Época Clássica” e “Classicismo” para referirmos ao período da história francesa que começa aproximadamente em 1630 e culmina em 1714.

fundir-se numa nova experiência: o encerramento. A loucura deverá, agora, submeter-se a uma ordem social estabelecida; estarão também quem se opunha a esta ordem. Os primeiros aceitarão o internamento, os segundos o rechaçarão e por isso o merecem. O irreconciliável conflito entre a razão e a desrazão dominará a luta anterior entre o Bem e o Mal, deslocando a consciência trágica ao domínio da consciência moral e jurídica; tratar-se-á agora do bom e do ruim no terreno da vontade. A loucura em suas formas últimas é, para o Classicismo, um homem em relação imediata com sua animalidade, sem outra referência e sem outro recurso; os nomes mais próximos à sua essência serão a cegueira e o delírio. A causa próxima (a anatomia do cérebro) e a causa distante (as exaltações da leitura novelesca, o retorno das estações, a umidade) são os extremos de um único e mesmo movimento: a paixão. “A paixão desempenha um papel fundamental; é a causa mais constante, mais obstinada e mais meritória da loucura. *É a superfície de contato entre a alma e o corpo, e por isso se converte na condição de possibilidade de loucura.* Através da paixão, a loucura ingressa na alma e se fragmenta a unidade desta com o corpo. Gera-se deste modo esse movimento do irracional do qual surgem as quimeras, os fantasmas e o erro”² (Castro, 2004; 221). Encontraremos aqui resíduos da antiga concepção grega sobre as paixões, ainda que despojadas de seu vínculo com o divino.

A Modernidade, dando uma nova significação, brindará uma nova perspectiva nas múltiplas oportunidades que se oferecem ao homem para alienar-se. A desrazão verterá paulatinamente na experiência literária (Hölderlin, Goethe, Nietzsche, Sade, Artaud) e pictórica (Van Gogh, Guaguin, Picasso), ao mesmo tempo em que a loucura não será já animalidade, senão oposição à história, para depois instalar-se definitivamente como o reverso da sociedade. O ingresso do médico no espaço do internamento marcará este momento. “É importante, decisivo quiçá, para o lugar que deve ocupar a loucura na cultura moderna, que o *homo medicus* não tenha sido convocado ao mundo do internamento como *árbitro*, para realizar a separação entre o que era crime e o que era loucura, entre o mal e a doença, senão, mais bem, como *guardião* para proteger aos outros do perigo confuso que transpirava através dos muros do internamento” (Foucault, 1964b: 235). A loucura será degeneração banhada de morte. Cito aqui o testemunho na chave poética do escrito venezuelano Armando Rojas Guardia depois de sua última internação: “Chegávamos em grupos até ao banho,/ fraternidade desamparada de corpos,/ gotejantes carnes, na metade do mundo/ - porque estar ali era uma intempérie cósmica,/ a orfandade meridiana e absoluta:/ ver-se a si mesmo, desnudo frente os outros,/ desnudos também eles, devolvendo-nos/ à solar ingratitude de ser um corpo/ de pé ali frente aos olhos/ do escrutínio alheio, sem a sombra/ bem feitora e abrigante do pudor:/ sozinho nu como o Adão culpado/ com a consciência súbita de estar-lo/ na desolação panóptica do dia,/ justo no eixo das doze em ponto” (2004:49). O olhar objetivo e o saber sobre a loucura, suporá em quem possui uma maneira de desprender-se dela, certo modo “desapaixonado” de não estar louco.

Freud: qual pulsão

Localizo o pensamento de Freud no interstício entre a Época Clássica e a Modernidade. A visão medicalizada e positivista que se impõe implacavelmente sobre o sofrimento, fará de Freud, no começo de suas teorizações, um homem do seu tempo, ao mesmo tempo em que do Classicismo herdará esse lugar da paixão que se encontra, como

² Grifo do autor.

assinalei mais acima, na superfície de contato entre a alma e o corpo e que conservará também, posteriormente, para a pulsão: *nossa mitologia*. Em *Análise terminável e interminável*, Freud reconhecerá a similitude que guarda o desenvolvimento de sua teoria das pulsões, elaborada a partir de 1920 em sua segunda tópica, com a distinção que faz Empédocles (495-435 a.C.) entre *filía* e *neikos*, na qual a primeira “aspira aglomerar numa unidade as partículas primordiais dos quatro elementos; o outro, ao contrário, quer desfazer todas essas misturas e separar essas partículas primordiais entre si” (1937: 247).

Penso que do Romantismo –promotor da recuperação da experiência dionisíaca da existência– e particularmente de Nietzsche, Freud tomará e enriquecerá o saber com o que nutrirá sua teoria das pulsões. Disse o filósofo alemão (1899): “Este mundo: uma imensidão de força, sem começo, sem fim, uma magnitude fixa e bronzina de força que não se faz mais grande nem mais pequena, que não se consome, senão que só se transforma, de magnitude invariável em sua totalidade, uma economia sem gastos nem perdas, mas também sem aumento, sem ganho, circundado pelo nada como por seu limite; não é uma coisa que se desvaneça nem que se gaste, não é infinitamente extenso, senão que como força determinada ocupa um determinado espaço, e não um espaço que esteja vazio em um lugar, senão que precisamente, como força, está em todas partes, como jogo de forças e ondas de força; que é ao mesmo tempo único e múltiplo; que se acumula aqui e por vezes se encolhe lá; um mar de forças que fluem e se agitam a si mesmas, um mundo que se transforma eternamente, que retorna eternamente, com infinitos anos de retorno; um mundo com um fluxo e um refluxo de suas formas, que se desenvolvem desde a mais simples à mais complexa; um mundo que do mais tranquilo, frio e rígido passa ao mais ardente, selvagem e contraditório, e que logo da abundância retorna à simplicidade, que do jogo das contradições retorna ao prazer da harmonia, que se afirma a si mesmo ainda nesta uniformidade de seus canais e de seus anos e bendiz a si mesmo como algo que deve retornar eternamente, como um devir que não conhece nem a saciedade, nem o desgosto, nem o cansaço: este meu mundo dionísico, que se cria a si mesmo eternamente e eternamente a si mesmo se destrói, este mundo misterioso das voluptuosidades duplas; este meu “mais além do bem e do mal”, sem finalidade, a não ser que tenha na felicidade do círculo, sem vontade a não ser que um anel tenha boa vontade para si mesmo. Quereis um nome para este mundo? Uma solução para todos seus enigmas? (...) Este mundo é a vontade de poder e nada mais. E também vós mesmos sois a vontade de poder, e nada mais”. Espero que me desculpem pela citação extensa, mas se ousaríamos substituir a “vontade de poder” do texto nietzschiano pelo termo pulsão, não estaríamos frente uma definição clara e profunda do que Freud tentou explicar-nos em reiteradas oportunidades? Não terminamos ainda. De novo Nietzsche: “A vontade de poder não é nem um ser nem um devir, é um *pathos*”. A pulsão como paixão: isto sim nos acerca definitivamente da sua essência mais recôndita. Pulsão que subverte o sujeito colocando-o em ato; em palavras de Green: “O ego *padece* a pulsão, como o psiquismo (na pulsão) *padece* o corporal” (1980: 241).

A pulsão. O advento da paixão

No mais pujante e imperioso da pulsão, o frágil ego é excedido e ameaçado com a dissolução e o esquarteramento; em sua aderência ao corporal, a paixão atualiza experiências arcaicas e primordiais marcadas pela ligação dos primeiros vínculos, assinalando, no seu despegue espetacular, aquele que, no imaginário, preenche a falta. A paixão será, assim, busca desenfreada de certeza, eleição arbitrária que entorna uma qualidade –ou um

defeito— do objeto ao estatuto de signo do ego ideal. Neste colocar-em-tensão do desejo e sua conseqüente intensificação do emocional, a paixão dramatiza aquele que se teme, se deseja ou se constata. No seu desborde, a falta é experimentada como humilhação e se tenta, rapidamente, anular a perda; se estabelece, então, um particularíssimo laço fusional com aquele representante “perfeito” da Coisa, incapaz, na sua natureza, de reconstruir o narcisismo do sujeito: aquele que num primeiro tempo se caracterizou pelo amor, se tornará, num segundo tempo, objeto do ódio originário; que tenta fixar-se no ideal finalmente se sustenta no ódio quando a alteridade é inaceitável e a confusão, letal. O passional atesta, então, o enredamento da vida e da morte na mesma imagem que representa à ambas e que Freud formalizará, como já vimos, na segunda etapa da sua obra, no enfrentamento, do corte poético e mítico, entre Eros e Tânatos. Em *Pulsões e destinos da pulsão*, Freud dirá: “Etapas prévias do amar se apresentam como metas sexuais provisórias no curso do complicado desenvolvimento das pulsões sexuais. Discernimos a primeira delas no *incorporar* ou *devorar*, uma modalidade de amor compatível com a supressão da existência do objeto como algo separado e que, portanto, pode denominar-se ambivalente. (...) Por sua conduta em direção o objeto, esta forma e etapa prévia do amor é apenas diferenciável do ódio” (1915b: 133). Durante o primeiro tempo, ainda marcado pelo amor, no fenômeno da paixão, o objeto deixará ouvir sua voz, fazendo do qual padece um útere inteiramente submetido a seus desígnios, um *posse* que fantasia com a *possessão* absoluta do objeto de seu desmesurado afeto; aquele ego ideal adota descarnadamente o semblante de um superego tirânico e implacável, como observamos claramente nos fenômenos das massas.

Bion irá mais longe: transcenderá o par antitético freudiano amor-ódio na sua concepção das emoções como vínculos das relações mentais humanas —amor (L), ódio (H), conhecimento (K)— oporá as emoções positivas (L, H, K) às negativas (-L, -H, -K) e em sua formulação, como a de Meltzer, a paixão será uma sorte de metavínculo que impede a desagregação dos componentes do primeiro conjunto de emoções; a paixão se verá constantemente assediada pelos vínculos negativos, ou seja, por um ódio descarnado às emoções. Meltzer (1988), em sua proposta ética-estética da psicanálise, na qual a verdade e a beleza se encontram em conjunção, proporá a paixão como aquilo que possibilita o avance até o interior do objeto; a difícil tolerância ao mistério que este interior resguarda e a dor frente a incerteza sacudirá, de entrada, as possibilidades da paixão. O que em Freud, com respeito à paixão, poderia compreender-se como o *passional*, em Bion e em Meltzer virará para o *apaixonamento*, uma “emoção experimentada com intensidade e calidez ainda que sem nenhuma sugestão de violência: o sentido de violência não deve ser expressado pelo termo paixão ao menos que estiver associado com o termo voracidade” (Bion, 1963: 31). Para Green (1980), a análise se produzirá verdadeiramente quando o passional — e a loucura que de aí se desprende — entrem no campo da transferência; a paixão, que é em si mesma ligação, favorecerá a confiada *passivação* mediante a qual o analisando se entregará ao analista, recriando o processo mediante o qual o *infans* se entrega ao cuidado materno.

A mortífera possessão e a avassalante loucura que fascinam o sujeito conduzindo-o a trágica e irremediável sentença do destino, podem, no continente analítico, apaziguar-se na medida em que aquilo que emerge no *impasse* repetitivo se elucide e se reflexione, abrindo-se assim a novas possibilidades de realização; o passional se tornará apaixonamento ma medida em que a qualidade de signo do ego ideal se tornará símbolo aberto a múltiplos efeitos; o alicerce do desejo aparecerá onde antes ocupava seu lugar a cega necessidade; onde se encontrava um imóvel objeto da pulsão aparecerá um objeto suficientemente necessário e, também, suficientemente desnecessário. No fenômeno passional o ego

será arrastado pela pulsão enquanto que do apaixonamento resultará uma pulsão contida pelo ego. Daqui adiante a paixão não será já concebida como negativa em relação à ação; se trata melhor de uma positividade que funda a ação, especialmente aquela que convida para a exploração do Real e do *numinoso*.

Dionísio apaixonado

Na continuação, uma vinheta pertencente ao imaginário dionisíaco, entre as tantas que este mito oferece, me permitirá amplificar as faces da paixão na vida do sujeito. Filio-me a uma postura que entende a mitologia como psicologia da antiguidade e, a partir daí, propõe, por sua vez, a psicanálise como uma mitologia contemporânea. O relato de origem órfico tal como descrito por Nilsson, refere ao desmembramento de Dionísio Zagreu por parte dos Titãs: “O mito (...) conta que Zeus quis colocar o governo do mundo nas mãos de seu filho Dionísio; mas os malvados Titãs seduziram seu filho, o esquartejaram e devoraram seus membros. Do coração, que Atena salvou e entregou a Zeus, foi criado um novo Dionísio. Zeus fulminou os Titãs com seu raio reduzindo-os às cinzas, das quais foram criados os homens” (1946: 32). Como compreender o esquartejamento da criança Dionísio por parte dos Titãs? Os estudiosos da cultura grega notaram a ausência de representações em relação aos Titãs na sua iconografia; aquela estirpe pré-olímpica, anterior ao nascimento dos deuses, carece de figurabilidade para os antigos. Esta genial intuição concorda com o que o pensamento psicanalítico contemporâneo entende a respeito da relação da criança com o pulsional nos primeiros intercâmbios com o objeto; a excitação pulsional padecida pelo bebê desde o interior mesmo de seu corpo excede a capacidade de elaboração do seu incipiente ego, ainda indiferenciado e sem possibilidade para pensar as emoções; este desmesurado empuxo dificulta a integração das pulsões numa atividade de ligação e ameaça com a sensação imperante e terrífica de desmembramento. A mãe, *objeto único e insubstituível*, em sua função continente, tentará tornar tolerável tal experiência, oscilando sempre entre um excesso de gratificação e um excesso de frustração que, inevitavelmente, gerará um *plus* de excitação pulsional, desta vez proveniente do exterior do corpo da criança. Diante deste cenário, a vivência do esquartejamento deste nascente ego, que num primeiro tempo é corporal, parece inevitável. Entendo esta experiência como precursora do que posteriormente será o complexo de castração que definirá o sepultamento do complexo de Édipo (Tauszik, 2006) e que é acorde com o que nos assinala Green: “o porvir da teoria, da clínica e da técnica psicanalítica não se encontra na substituição da problemática freudiana centrada em torno da castração por uma problemática moderna na qual intervenham outros fatores –despedaçamento, desagregação, aniquilação– senão na articulação destas duas problemáticas” (1980: 250). Novamente o pensamento grego nos sugere uma pista: Não era por acaso Dionísio parente de Édipo? Sêmele, mãe de Dionísio, era irmã de Polidoro, bisavô paterno do segundo; por sua vez, Jocasta, mãe de Édipo era bisneta de Penteu, este último despedaçado pela sua mãe como relata Eurípedes em *As Bacantes*. Numa antiguíssima narrativa egípcia, Osiris é desmembrado por seu irmão Set e os pedaços de seu corpo são dispersos na água e na terra; posteriormente, os pedaços do corpo de Osiris são descobertos por sua irmã e esposa Isis, quem os recompõe sem encontrar os genitais, que haviam sido devorados pelos peixes; “o deus renascido, contudo, não permaneceu na terra, senão que se converteu no senhor dos que partem ao inframundo” (Cotterell, 1979: 52). Com o rasgo dionisíaco assistimos uma dialética centrada no múltiplo e no único; ao desmembramento originário sucederá o renascimento do deus, sua

rememoração em um só, que posteriormente, mediante a síntese emergente deste processo, se tornará um não-todo com efeito de castração.

Relatam os mitólogos que quando Dionísio aparece, a noção mesma de limite desaparece; as distinções que operam com a nominação da palavra perdem sua consistência; o masculino e o feminino, a vida e a morte, o dentro e o fora, perdem sua coerência habitual. Podemos relacionar este modo dionisíaco com a posição glischro-cárica exemplificada por Bleger (1967), com a simbiose descrita por Mahler (1968) ou com a posição autista-contígua proposta por Ogden (1989). Estes modos serão antecessores, na vida do infante, da posição esquizo-paranóide avançada primeiro por Fairbairn e logo por Klein, e permanecerão ao largo da vida do sujeito como uma forma de funcionamento mental. Esta postura teórica é contrária a ideia de um narcisismo anobjetal; trata-se mais precisamente de um narcisismo que transcorre dentro do vínculo primário com a mãe e que é anterior a fase do espelho descrita magistralmente por Lacan. Para Bleger, a ambiguidade característica desta posição “... não é confusão, senão persistência ou regressão a um estado de fusão primitiva ou indiferenciação, que caracteriza os primeiros esboços da organização psicológica. Em outros termos, o sujeito ambíguo não chegou a configurar contradições, tampouco chegou a discriminar termos diferentes; para ele são equiparáveis, equivalentes ou coexistentes” (1967:168). Ego e não-ego não estão ainda definidos no *infans*, assim como tampouco nenhuma das categorias opostas próprias do pensamento consciente se sustentam no adulto situado nesta posição.

Nesta diáde, a mãe definirá o devir do bebê situando-o bem seja do lado da loucura –constitucional do sujeito– ou da psicose. Se esta é capaz de favorecer o florescimento da vida pulsional da criança em condições onde predominam as ligações próprias do Eros, com suas investidas mais ou menos estáveis, a loucura ficará contida nos limites do pensamento, aderida a pressão da atividade natural da pulsão; o bebê terá que organizar-las preponderantemente com sua excitação interna. O contrário implicará um bebê no qual a luta não só enfrentará uma fonte interna da pulsão senão também aquelas, que desde fora, virão da mãe e seu montante de angústia. Nestes processos, o tanático, num intento desesperado por controlar o objeto e preservar-se dele, promoverá um ataque ao vínculo e o desligamento será a constante, sendo a psicose a resultante desta situação. Em versão órfica, Atena, nascida da cabeça do seu pai Zeus, sugere a capacidade materna de conter e preservar o coração de Dionísio, o núcleo mesmo de sua paixão; em sua entrega a Zeus, o gesto ateneu promoverá a inclusão de uma terceiridade (um terceiro) representada na figura paterna, que não somente ameaça com castrar senão que também instala a potencialidade e a capacidade para postergar e sublimar; Dionísio, assim, nasce pela segunda vez como sujeito, sustentando sua loucura entre a ligação e o desligamento, este último tão caro aos processos de desenvolvimento, já que nele a temporalidade mítica se torna histórica e o indivíduo se insere na cultura. Mãe e pai ocupam seu lugar em nosso relato enquanto que Dionísio coroa a criação.

O homem, formado pelas cinzas dos Titãs e de Dionísio devorado, contém em sua essência um aspecto cego, desmedido, pulsional e passional; também um afeto –ou mais precisamente, uma capacidade de afetação– que é a matriz simbólica e origem do pensamento e da imaginação. O louco aspecto dionisíaco da existência se sustenta como princípio fundador da práxis, da ação e da razão. Ao final de contas, e parafraseando Lacan, um toque de loucura vale mais que uma triste neurose.

Resumo

O presente trabalho intenta estabelecer, a partir da observação clínica, a história das ideias e a narração mitológica, qual é o lugar que a paixão ocupa na constituição do sujeito e que importância tem esta na teoria psicanalítica contemporânea. Pro sua vez, o autor precisa os elementos diferenciais que distinguem a loucura da psicose desde uma perspectiva tanto pulsional com objetual. A inclusão de Dionísio (mais além de Édipo e de Narciso) na reflexão metapsicológica enquadra e aclara dita problemática diferenciando o passional do apaixonamento no devir do sujeito.

Bibliografía

- Barthes, R. (1977). *Fragmentos de un discurso amoroso*. México D.F.: Siglo XXI, 1999.
- Bion, W. R. (1957). “Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas”, en *Volviendo a pensar*, pp. 64-91. Buenos Aires: Hormé, 1996.
- . (1963). *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé, 2000.
- . (1965). *Transformaciones*. Valencia: Promolibro, 2001.
- Bleger, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad. Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- Bremmer, J. (1983). *El concepto del alma en la antigua Grecia*. Madrid: Siruela, 2002.
- Canestri, J. (1998). “Un grito de fuego. Algunas consideraciones sobre el amor de transferencia”, en E. Spector, A. Hagelin, P. Fonagy, *En torno a Freud. Observaciones sobre el amor de transferencia*, pp. 109-126. Madrid: Biblioteca Nueva, 1998.
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, 2004.
- Comte-Sponville, A. (2001). *Diccionario filosófico*. Barcelona: Paidós, 2003.
- Cotterell, A. (1979). *Diccionario de mitología universal*. Barcelona: Ariel, 1988.
- Dodds, E. R. (1951). *Los griegos y lo irracional*. Madrid: Alianza, 2006.
- Eurípides (409 a.C). “Las Bacantes”, en Eurípides, *Tragedias*. Tomo III, pp. 251-317. Madrid: Cátedra, 2000.
- Foucault, M. (1964a). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. México D.F.: FCE, 2006.
- . (1964b). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo II. México D.F.: FCE, 2002.
- Frank, M. (s/f). El dios venidero. Lecciones sobre la Nueva Mitología. Barcelona: del Serbal, 1994.
- Freud, S. (1915a). “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis”, en *Obras completas*. Tomo XII, pp. 159-174. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
- . (1915b). “Pulsiones y destinos de pulsión”, en *Obras completas*. Tomo XIV, pp. 105-134. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- . (1920). “Más allá del principio de placer”, en *Obras Completas*. Tomo XVIII, pp. 1-62. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- . (1921). “Psicología de las masas y análisis del yo”, en *Obras completas*. Tomo XVIII, pp. 63-136. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- . (1937). “Análisis terminable e interminable”, en *Obras completas*. Tomo XXIII, pp. 211- 254. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- Gadamer, H-G. (1981). “Mitología y religión revelada”, en *Mito y razón*, pp. 29-38. Barcelona: Paidós, 1997.
- García, A. (2008). Transferencia y contratransferencia en Freud, Bion y otros: notas. Inédito.
- Green, A. (1973). El discurso vivo. Una concepción psicoanalítica del afecto. Valencia: Promolibro, 1998.
- . (1977). “Concepciones sobre el afecto”, en *De locuras privadas*, pp. 163-216. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- . (1980). “Pasiones y destinos de las pasiones. Sobre las relaciones entre locura y psicosis”, en *De locuras privadas*, pp. 217-268. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- . (1996). “Génesis y situación de los estados fronterizos”, en J. André (dir.), *Los estados fronterizos. ¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis?*, pp. 27-59. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000.
- . (1997). Las cadenas de Eros. Actualidad de lo sexual. Buenos Aires: Amorrortu. 1998.
- . (2007). Pourquoi les pulsions de destruction ou de mort?. Paris: Panama, 2007.

- Grimal, P. (1951). *Diccionario de mitología griega y romana*. Barcelona: Paidós, 1997.
- Grotstein, J. (1981). "Who is the dreamer who dreams the dream and who is the dreamer who understands it?", en J. Grotstein (ed.), *Do I dare disturb the universe? A memorial to Wilfred R. Bion*, pp-357-416. Londres: Karnac, 1990.
- Hubner, K. (1985). *La verdad del mito*. México D.F.: Siglo XXI, 1996.
- Kerényi, K. (1951). *Los dioses de los griegos*. Caracas: Monte Ávila, 1997.
- . (1967). Dionisos. Raíz de la vida indestructible. Barcelona: Herder, 1998.
- Leisse, A. (1996). "En los senderos de la pasión", en *Trópicos. Revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas*. Año VII, vol. II, pp. 54-64. Caracas: Fondo Editorial Sociedad Psicoanalítica de Caracas, 1999.
- López-Pedraza, R. (2000). Dionisos en exilio. Sobre la represión de la emoción y el cuerpo. Caracas: Festina Lente, 2000.
- Mahler, M. (1968). Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. Tomo I: psicosis infantil. México D.F.: Joaquín Mortiz, 1972.
- Marcano, S. (1998). "Amor, transferencia y locura", en *Trópicos. Revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas*. Año X, vol. I, pp. 61-73. Caracas: Fondo Editorial Sociedad Psicoanalítica de Caracas, 2002.
- Meltzer, D. (1988). La aprehensión de la belleza. El rol del conflicto estético en el desarrollo, la violencia y el arte. Buenos Aires: Spatia, 1990.
- Merea, E. C. (1980). "El concepto de objeto en la obra de Freud", en W. Baranger (ed.), *Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis*, pp. 3-22. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- Morfaux, L-M. (1980). *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. París: Armand Colin, 1980.
- Nietzsche, F. (1872). *El origen de la tragedia*. México D. F.: Porrúa, 1999.
- . (1899). *La voluntad de poderío*. Buenos Aires: Aguilar, 1967.
- Nilsson, M. (1946). *Historia de la religión griega*. Madrid: Gredos, 1970.
- Ogden, T. (1986). La matriz de la mente. Las relaciones de objeto y el diálogo psicoanalítico. Madrid: Tecnipublicaciones, 1989.
- . (1989). "Sobre el concepto de una posición autista-contigua", en *Libro anual de psicoanálisis 1989*. Tomo V, pp. 153-166. Lima: Imago, 1990.
- Otto, W. (1933). *Dionisos. Mito y culto*. Madrid: Siruela, 1997.
- Padel, R. (1995). A quien un dios quiere destruir, antes lo enloquece. Elementos de la locura griega y trágica. Buenos Aires: Manantial, 1997.
- Rohde, E. (1894). Psique. La idea del alma y la inmortalidad entre los griegos. Madrid: FCE, 1994.
- Rojas Guardia, A. (2004). "La desnudez del loco", en *Patria y otros poemas*, pp. 45-67. Caracas: Equinoccio, 2008.
- Rotemberg, H. (1998). "Ensayo sobre el afecto", en *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. Vol. XX, n. 3, pp. 769-776. Buenos Aires: APdeBA, 1998.
- Tabak de Bianchedi, E. (1998). "El psicoanalista apasionado o aprendiendo de la experiencia emocional", en *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. Vol. XX, n. 3, pp. 617-629. Buenos Aires: APdeBA, 1998.
- Tauszik, J. M. (2006). El eros del poder. Reflexiones sobre el complejo de poder, la potencia y la psicoterapia. Inédito.
- Trías, E. (1979). *Tratado de la pasión*. Madrid: Taurus, 1997.

Un nuevo comienzo: cambio de analista... para devenir analista

María Paz Arellano Valdez y Vicenta Ramírez González*

“Llega el momento en que el analista, en un discurso que legitima, posibilita el pasaje a la sublimación. No obstante, este pasaje sólo es posible merced a un trabajo de “duelo” por parte del analizado, que renuncia a hacer del analista el objeto de su fantasma. Es entonces a través de una pérdida que aquel llega a realizar un acto creador”.

Mannoni, M., 1986

Se esperaría que en todo proceso analítico el paciente pueda ser lanzado a construir su propio deseo, siendo necesario “un tiempo de errancia para que nazca en el paciente una palabra como propia, despegada de la del discurso analítico” (Mannoni, 1989:29).

¿Cuál es el fin de un análisis? ¿Qué quiere decir este fin? Queremos partir de la idea de Lacan de que todo fin de análisis pretendería producir un analista. La palabra “fin” designa un momento y una finalidad eventual (Soler, C. 1988: 78). Si uno se interroga sobre lo que debe ser el fin del análisis evoca necesariamente un orden de obligaciones que no dependen de la necesidad, y eso es una norma ética: una obligación que no depende de lo necesario pues en todo caso, el único deber del sujeto es “soportar la vida” (Freud citado por Soler, *op cit*).

El fin de análisis implica por un lado, establecer la diferencia entre el sujeto que entra con su neurosis y el sujeto que sale, es decir, asumiendo sus límites y su castración. Por otro lado, esta salida implica deshacer la transferencia de una relación entre el analista y el paciente.

En un proceso analítico en donde el paciente termina su análisis porque es dado de alta, la dilución de la transferencia es un desenlace esperado y paulatino.

En nuestro caso, el devenir analistas también significa el deseo de llevar a cabo profesionalmente esta actividad. En el presente trabajo queremos compartir el hecho de que apostar a un proyecto formativo como analistas implicó tomar la decisión de renunciar a una relación analítica previa y buscar otra para continuar el deseo en este devenir.

A continuación, queremos compartir el momento crucial en nuestro devenir analistas que este cambio implicó. ¿Cómo separarse de quien ha sido vivido por uno como un buen analista, alguien que nos ha ayudado incluso a desear devenir analista?

El cambio de analista lo enfrenta a uno con las dificultades que la propia castración conlleva. En nuestra experiencia, la separación se presenta en un momento en donde la transferencia no estaba en un proceso de dilución y por lo tanto, se removieron resistencias que en cada una de nosotras nos llevaron a vivir este momento como un momento muy pasional y doloroso.

Como toda separación, el cambio de analista puede remover los conflictos infantiles e implica el disolver la transferencia para retomar un nuevo proceso, es deshacer la transferencia de una relación que ha sido altamente significativa.

¿Cuál es la posición de una como analizanda ante este deshacimiento? ¿cuál es finalmente la mira?, ¿Qué implica el proyecto de formación como analista?: ¿el ser avalado por IPA o el deseo de saber *qué soy yo?*. Es en el transcurso del análisis que uno lo va respondiendo. En lo manifiesto, uno puede decir que le apuesta al crecimiento, al desarrollo de la autonomía, a poder responderse “yo soy esto”, a erigirse pues, como sujeto y como analista. Este crecimiento implica desde pensar la elección del futuro analista, el verse e imaginarse uno en otra relación.

Por otra parte, el narcisismo del analista que recibe a su analizando en estas circunstancias debe resistir los embates de una pulsión tan intensa que es desligada del objeto privilegiado durante el tiempo de análisis anterior. Si uno se queda en una relación imaginaria con ese analista, uno no ve, no oye y no está realmente con el nuevo analista. Uno va habla, tal vez oye, pero no escucha. Puede ser un largo periodo y el acercamiento puede ser paulatino. Hay aquí tal vez toda una dificultad para aceptar al tercero representado en el nuevo analista que “avala” y es a su vez “avalado” por la institución. De entrada, uno se queda con una parte imaginaria de la relación y la transferencia anterior.

Nasio denomina esta “dimensión imaginaria de la transferencia” a la organización de imágenes yoicas investidas libidinalmente, que tienen la forma de los afectos o de las pasiones primarias: el amor, el odio y la ignorancia. Todas las manifestaciones imaginarias son efectos de una palabra buscando respuestas que tienen como ficción principal el “sujeto supuesto saber”. Es una transferencia necesaria e inevitable, es a través del torbellino emocional y pulsional que se pone en juego al ser del analista, cuya tarea implica ir distinguiendo lo “imaginario” que el paciente evoca en él, de lo simbólico que implica el introducir la temporalidad, el llevar al paciente al enigma, a la pregunta, al deseo de saber, toda vez que él ha podido sostenerse en este registro (Greco, Mimeo, s/a).

Fue difícil para nosotras aceptar la terceridad que implica la Institución. Sin embargo, es esta que como Ley alienta a la exogamia, en este caso, a deshacer el “falso enlace” de la transferencia, para llevarlo a un amor al saber y a la verdad.

Consideramos que cuando uno cambia de analista viviendo la Ley como un requisito institucional y sin haber aceptado plenamente la castración, no hay otra manera que llegar desacomodado. Aunque esto haya implicado todo un tiempo de duelo en aquella relación de la que uno se desprendió, en nuestro caso vivimos un momento regresivo, en que nos instalamos en la añoranza de la persona en particular, de su voz, el espacio, el camino que se tenía que tomar para llegar al consultorio que ya no era el mismo. Como en alguna ocasión le oímos a Minuchin, esta territorialidad psíquica interna, contiene a su vez, una territorialidad exterior; este cambio implicó un movimiento telúrico de este territorio psíquico. Lleva tiempo la apropiación de este nuevo analista y el nuevo encuadre. En este movimiento vivimos las trasmutación de la función del analista por la persona del analista, de ahí su añoranza. Reacciones como la negación, el experimentar un tiempo como si no pasara nada en el cambio de una relación a otra, el enojo por la nueva situación, que fueron efecto de esta trasmutación de la figura del analista en vez de la función.

Como dice Mannoni, “la relación con el semejante se funda así en la experiencia de la muerte, por cuanto lo que en determinado momento el sujeto elige matar es la imagen idealizada que encuentra en sí mismo”; aceptar una nueva relación analítica implica matar la imagen idealizada de la relación con el anterior analista y el deseo de ser completado por ese analista.

Este movimiento puede ser un doloroso crecimiento, pero finalmente un movimiento de cambio a favor de la asunción de la propia subjetividad, así como del deseo y esto no es posible sin dar un paso en la castración.

Como señalan varios autores lo único que puede ofrecer el analista a su paciente es su propia castración y en ese sentido el analista que permite que el paciente se vaya y muestra como él asume la Ley y no “crea” arbitrariamente la suya, permitiendo que el paciente se quede para siempre con él, muestra sus límites, es congruente y da lugar así a que impere un principio de realidad que se impone tanto a él como a su paciente. Esta es una condición básica para que la dilución de la transferencia tenga lugar.

El hecho de que necesitáramos cambiar de analista, pero sobre todo, que lo entendiéramos inicialmente, como un “requisito” para nuestra formación, en un sentido regresivo, infantil, completamente imaginario, dificultó el aprehender de toda la riqueza que podíamos obtener de un encuentro múltiple, con una nueva formación analítica, con un nuevo analista, con nuevos supervisores y con la oportunidad de una nueva y más profunda comprensión del psicoanálisis.

Por diferentes caminos, de distinta manera, nuestras nuevas analistas nos han ayudado a sostenernos en nuestro deseo y en nuestro proyecto. Finalmente, han sido en buena parte nuestras dificultades para asumir nuestra propia castración las que marcaron la significación que dimos a nuestros respectivos procesos de separación, definitivamente marcados por nuestra condición de analistas que desean crecer y que por lo tanto, se asumen pequeñas, cuando ya no lo son. Sin embargo, hemos crecido y el proyecto de ser analistas no es algo que ahora vislumbremos como dependiente de un analista genial o profundamente maternal que nos dé lo que añoramos o que nos lleve a un saber último de nosotras mismas. Eso no existe y no era posible pensarlo en ese momento de dolor.

En este caso, abordamos un aspecto primordial para devenir analista, que es el análisis propio. Por supuesto que también la supervisión y los seminarios fueron vividos de una nueva y a la vez vieja manera, pero lo crucial ha sido nuestro análisis.

Hemos podido darnos cuenta que la “función analítica” es algo que se debe asumir para devenir analista. Y esto implica moverse de la postura infantil de *necesitar a desear*. Por supuesto que se quiere al analista que nos sostuvo en nuestro camino analítico y a quien nos acompaña ahora, pero cuando se ha logrado desanudar la transferencia imaginaria, pueden verse a esos analistas de una manera diferente. De alguna manera, devendremos “colegas”, con quienes estaremos siempre agradecidas. Como los padres “suficientemente buenos” que nos ayudaron a crecer y a valorar la riqueza de ser adultos, nuestros analistas nos ayudan a renunciar a las satisfacciones y fantasmas infantiles. Esto implica asumir que en el crecimiento va implícita la responsabilidad de ser congruentes con nuestra práctica como analistas, entendiendo lo inevitable y difícil de la renuncia que nuestros pacientes deben hacer para llegar a ser sujetos, porque hemos vivido esta renuncia en carne propia. Transitar al difícil trabajo de ser sujetos adultos, responsables de su devenir, comprometidos con la verdad del inconsciente y con su deseo que no es el deseo del otro, sino el propio.

Finalmente, si lo que el analista puede ofrecer a su paciente es su castración, sostenerse en este registro, donde reina lo incierto y así ir sorteando el reto que implica cada día la vida y nuestro trabajo con los pacientes, con placer y pasión, es tal vez la mayor enseñanza después de tanta turbulencia y crisis. Una decisión como esta, de cambio de analista, lo que pone en evidencia son las dificultades que uno tiene para asumir que nada es para siempre, que hay límites y que hay diferencias. Lacan señalaba que el fin de análisis implica que el paciente devenga analista, en el sentido del reconocimiento del inconsciente, de su castración y del amor a la verdad.

Ahora, nosotras como analistas, comprendemos mejor que dirigir la cura implica un ejercicio constante de freno al propio narcisismo, de permitir el despliegue de la transferencia -no importa cuán intensa sea-, para interpretarla y que se construya así una nueva historia.

Para Julia Kristeva, el objeto del psicoanálisis es la palabra intercambiada y los accidentes de este intercambio entre dos sujetos en situación de transferencia-contratransferencia. La palabra los une. En este proceso puede haber una restitución de la confianza y la capacidad amorosa del vínculo transferencial y que la transferencia es nueva porque es un nuevo objeto. En relación a la cura, -dice-, los síntomas y fantasmas son verdades del sujeto que los refiere. Estas verdades se presentan a la razón como errores. El analista los toma en serio pero refiriéndolos al pasado... al hacerlos revivir en la cura, los desarma pero no por ello desaparecen, a lo sumo, adoptan una nueva configuración que se espera que sea más benéfica para el sujeto y su medio.

En conclusión, aceptar la finitud y la responsabilidad de la propia vida depende del sujeto y no de su analista aunque sea función de su analista introducir la ley que es necesaria para que así sea.

El fin del análisis en este sentido, implica responder a la pregunta de *qué soy yo* y a su vez responder *qué no soy yo*, es decir “yo no soy el falo”. Finalmente, como diría Lacan el “yo es frustración en su esencia” (Citado por Safouan, M., 1989:132).

Resumen

En este trabajo se plantean una serie de reflexiones en torno al cambio de analista que fue requerido para ingresar a la formación como candidatas, las vicisitudes que dicho proceso de cambio implicó y, especialmente, el hecho de que tomar la decisión de formarse como analista conlleva la asunción de las reglas y límites institucionales y personales así como el cuestionamiento de los propios motivos de ser analista. La transición a una nueva relación analítica no es tarea sencilla, implica un trabajo de duelo pero también una nueva y valiosa oportunidad. Se discute la dificultad de disolver la transferencia imaginaria y asumir la terceridad que representa la institución.

Bibliografía

- Baranger, M. y W., Mom, J. (1984). *Proceso y no-proceso en el trabajo psicoanalítico*. Revista de Psicoanálisis, Tomo XXXIX, No. 4., Buenos Aires.
- Freud, S. (1905). *Tres Ensayos para una Teoría Sexual*. Obras completas tomo II. Barcelona, Biblioteca Nueva. 1996.
- (1927). El Fetichismo.
- (1938). La escisión del Yo en el proceso de defensa.
- Greco, Guillermo. Una interpretación freudiana. Entre el saber y el enigma. Mimeo s/a
- Green, André, (2003) Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del inconsciente. Buenos Aires, Amorrortu.
- Kristeva, Julia (1993) *Las Nuevas Enfermedades del Alma*. Madrid, Ed. Cátedra.
- Mannoni, M.(1989) De la pasión del Ser a la “locura de saber. Freud, los anglosajones y Lacan. Buenos Aires, Paidós.
- (1986) Un saber que no se sabe. La experiencia analítica. Buenos Aires. Gedisa.
- Nasio, J.D. (2002) *Cómo trabaja un psicoanalista*. Buenos Aires, Paidós
- (1987) En los límites de la transferencia. Nueva Visión.
- Soler, C. (1988). *Finales de análisis*. Buenos Aires. Manantial.
- Szpilka, Jaime (1989) Sobre la cura psicoanalítica. Una palabra de amor. Madrid. Tecnipublicaciones.

Um novo começo: mudança de analista... para o devenir do analista

María Paz Arellano Valdez y Vicenta Ramírez González*

“Chega o momento em que o analista, em um discurso que legitima, possibilita a passagem à sublimação. Entretanto, esta passagem só será possível graças a um trabalho de “luto” por parte do analisado, que renuncia de fazer do analista o objeto de seu fantasma. É então, através de uma perda que àquele chega a realizar um ato criador”.

Mannoni, M., 1986

Esperar-se-ia que em todo processo analítico o paciente possa ser obrigado a construir seu próprio desejo, sendo necessário “um tempo de errância para que nasça no paciente uma palavra como própria, separada do discurso analítico” (Mannoni, 1989:29).

Qual é a finalidade de uma análise? Que significa essa finalidade? Queremos partir da idéia de Lacan de que toda a finalidade da análise pretenderia produzir um analista. A palavra “fim” designa um momento e uma finalidade eventual (Soler, C. 1988: 78). Se uma pessoa se pergunta sobre qual deve ser a finalidade da análise evoca necessariamente uma ordem de obrigações que não dependem da necessidade, e isso é uma norma ética: uma obrigação que não depende do necessário, pois em todo caso, o único dever do sujeito é “suportar a vida” (Freud citado por Soler, *op cit*).

A finalidade da análise implica, por um lado, estabelecer a diferença entre o sujeito que entra com sua neurose e o sujeito que sai, ou seja, assumindo seus limites e sua castração. Por outro lado, esta saída implica desfazer a transferência de uma relação entre o analista e o paciente.

Em um processo analítico, onde o paciente termina sua análise porque lhe dão alta, a diluição da transferência é um desenlace esperado e paulatino.

No nosso caso, o devenir do analista também significa o desejo de levar a cabo profissionalmente esta atividade. Neste trabalho queremos compartilhar o fato de que apostar a um projeto formativo como analista implicou tomar a decisão de renunciar a uma relação analítica prévia e procurar outra para continuar o desejo neste devenir.

A continuação queremos compartilhar o momento crucial no nosso devenir analista que implicou esta mudança. Como separar-se de quem há vivido como um bom analista, alguém que nos ajudou inclusive a desejar ser analista?

Ao mudar de analista a pessoa se enfrenta a si mesma com as dificuldades que a própria castração traz. Na nossa experiência, a separação apresenta-se em um momento onde a transferência não estava em um processo de diluição e, portanto, foram removidas as resistências que cada uma de nós teve que viver este momento como algo muito passional e doloroso.

Como toda separação, a mudança de analista pode remover os conflitos infantis e implica a dissolução da transferência para retomar um novo processo, é desfazer a transferência de uma relação que foi altamente significativa.

Qual é a posição de uma analisanda ante este desfazimento? Qual é finalmente o alvo? Que implica o projeto de formação como analista? Ter o aval do IPA ou o desejo de saber o *que sou eu*? É no decorrer da análise que a gente vai respondendo. Do que foi dito, pode-se dizer que a gente aposta no crescimento, no desenvolvimento da autonomia, em poder responder “eu sou isto”, erigir-se como sujeito e como analista. Este crescimento implica pensar sobre a escolha do futuro analista, ver-se e se imaginar em outra relação.

Por outra parte, o narcisismo do analista que recebe ao seu analisando nestas circunstancias deve resistir os embates de uma pulsão tão intensa que é separada do objeto privilegiado durante o tempo da análise anterior. Se a gente permanece em uma relação imaginária com esse analista, não vê, não ouve e não está presente com o novo analista. A gente vai e fala, talvez ouça, mas não escuta. Pode ser um longo período e a aproximação pode ser paulatina. Existe aqui toda uma dificuldade para aceitar a um terceiro representado no novo analista que “dá o aval” e ao mesmo tempo “recebe esse aval” da instituição. No início, a gente fica com uma parte imaginária da relação e a transferência anterior.

Nasio denomina esta “dimensão imaginária da transferência” à organização de imagens do ego investidas libidinosamente, que têm a forma dos afetos ou das paixões primárias: o amor, o ódio e a ignorância. Todas as manifestações imaginárias são efeitos de uma palavra procurando respostas que tem como ponto principal o “sujeito suposto saber”. É uma transferência necessária e inevitável, é através do torvelinho emocional e pulsional que entra em jogo o ser do analista, cuja tarefa implica ir distinguindo o “imaginário” que o paciente evoca nele, do simbólico que implica introduzir a temporalidade, levar ao paciente ao enigma, à pergunta, ao desejo de saber, toda vez que ele pôde sustentar-se neste registro (Greco, Mimeo, s/a).

Foi difícil para nós aceitar a terceirização que implica a Instituição. Porém, é esta que como lei incentiva à exogamia, neste caso, desfazer o “falso enlace” da transferência, para levá-lo a um amor, ao saber e à verdade.

Consideramos que quando a gente muda de analista vivendo a Lei como uma exigência institucional e sem ter aceitado plenamente a castração, não há outra maneira que chegar desacomodado. Mesmo que isto tenha implicado todo um tempo de luto naquela relação da qual a gente se separou, no nosso caso vivemos um momento regressivo, no qual nos instalamos na saudade da pessoa em particular, de sua voz, o espaço, o caminho que tinha que tomar para chegar ao consultório que já não é o mesmo. Como em certa ocasião ouvimos Minuchin, esta territorialidade psíquica interna, contém, ao mesmo tempo, uma territorialidade exterior; esta mudança implicou um movimento telúrico deste território psíquico. Leva tempo apropriar-se deste novo analista e do novo enfoque. Neste movimento vivemos a transmutação da função do analista pela pessoa do analista, por isso a saudade sentida. Reações como a negação, experimentar um tempo como se não acontecesse nada ao mudar uma relação pela outra, a raiva pela nova situação, efeito desta transmutação da figura do analista em vez da função.

Como diz Mannoni, “assim a relação com o semelhante está baseada na experiência da morte, enquanto, em determinado momento o sujeito prefere matar a imagem idealizada que encontra em si mesmo”; aceitar uma nova relação analítica implica matar a imagem idealizada da relação com o analista anterior e o desejo de ser completado por esse analista.

Este movimento pode ser um crescimento doloroso, mas finalmente, um movimento de mudança a favor da assunção da própria subjetividade, assim como do desejo e, isto não é possível sem dar um passo para a castração.

Como é apontado por vários autores a única coisa que o analista pode oferecer ao seu paciente é sua própria castração e, neste sentido, é o analista que permite que o paciente vá embora e mostra como ele assume a Lei e não “cria” arbitrariamente a sua, permitindo que o paciente fique para sempre com ele, mostra seus limites, é congruente e dá lugar assim para que impere um princípio da realidade que se impõe tanto para ele como ao seu paciente. Esta é uma condição básica para que a diluição da transferência possa acontecer.

O fato de que necessitássemos trocar de analista, mas, principalmente, que entendêssemos isso inicialmente, como um “requisito” para a nossa formação, em um sentido regressivo, infantil, completamente imaginário, dificultou a aprendizagem de toda a riqueza que podíamos obter de um múltiplo encontro, com uma nova formação analítica, com um novo analista, com novos supervisores e com a oportunidade de uma nova e mais profunda compreensão da psicanálise.

Através de diferentes caminhos, de várias maneiras, nossas novas analistas nos têm ajudado a manter nosso desejo e nosso projeto. Finalmente, foram, em boa parte, as dificuldades que tivemos para assumir nossa própria castração que determinaram o significado dado aos nossos respectivos processos de separação, definitivamente marcados pela nossa condição de analistas que desejam crescer e que, portanto, se sentem pequenas quando já não o são. Porém, crescemos e o projeto de ser analistas não é algo que agora vislumbramos como dependente de um analista genial ou profundamente maternal que nos dê o que desejamos ou que nos leve a um conhecer definitivo de nossas mesmas. Isso não existe e não era possível pensá-lo nesse momento de dor.

Neste caso, tratamos um aspecto primordial para devenir o analista, que é a própria análise. Evidentemente também a supervisão e os seminários foram vividos de uma nova e ao mesmo tempo de uma velha maneira, porém, o fundamental foi a nossa análise.

Percebemos que a “função analítica” é algo que deve ser assumido para o devenir do analista. E isto implica abandonar a postura infantil de *necessitar* para *desejar*. Está claro que a gente gosta do analista que nos apoiou no nosso caminho analítico e quem nos acompanha agora, mas quando se conseguiu desatar a transferência imaginária, podem-se ver estes analistas de uma maneira diferente. De alguma maneira, seremos “colegas”, pelos quais sempre estaremos agradecidas. Como os pais “suficientemente bons” que nos ajudaram a crescer e a valorizar a riqueza de sermos adultos, nossos analistas nos ajudam a renunciar às satisfações e aos fantasmas infantis. Isto implica assumir que no crescimento está implícita a responsabilidade de ser congruentes com nossa prática como analistas, entendendo o inevitável e a dificuldade da renúncia que os nossos pacientes devem enfrentar para vir a serem sujeitos, porque vivemos esta renúncia na própria pele. Transitar o difícil trabalho de serem sujeitos adultos, responsáveis pelo seu devenir, comprometidos com a verdade do inconsciente e com seu desejo que não é o desejo do outro, senão o seu próprio desejo.

Finalmente, se o que o analista pode oferecer ao seu paciente é a sua castração, sustentar-se neste registro onde impera a incerteza e assim ir enfrentado o desafio que implica cada dia a vida e nosso trabalho com os pacientes, com prazer e paixões, é talvez o maior ensinamento depois de tanta turbulência e crise. Uma decisão como esta, ao mudar de analista, o que se põe em evidência são as dificuldades que a gente tem para assumir que nada é para sempre, que há limites e diferenças. Lacan apontava que ao finalizar a análise implica que o paciente seja analista, no sentido do reconhecimento do inconsciente, de sua castração e do amor à verdade.

Agora, nós como analistas, compreendemos melhor que dirigir a cura implica um exercício constante de frear o próprio narcisismo, de permitir a expansão da transferência -não importa quão intensa seja- para interpretá-la e assim construir uma nova história.

Para Julia Kristeva, o objeto da psicanálise é a palavra intercambiada e os acidentes deste intercâmbio entre dois sujeitos em situação de transferência-contratransferência. A palavra os une. Neste processo pode haver uma restituição da confiança e a capacidade amorosa do vínculo transferencial e que a transferência é nova porque é um novo objeto. Em relação à cura, -diz- os sintomas e fantasmas são verdades do sujeito que os refere. Estas verdades são apresentadas à razão como erros. O analista os leva a sério, mas referindo-os ao passado... ao fazê-los reviver na cura, os desarma, mas não por isso desaparecem, talvez adotem uma nova configuração que se espera seja mais benéfica para o sujeito e seu meio.

Concluindo, aceitar a finitude e a responsabilidade da própria vida depende do sujeito e não de seu analista, embora seja função de seu analista introduzir a lei necessária para que assim seja.

Neste sentido, a finalidade da análise implica responder à pergunta *que sou eu e*, ao mesmo tempo, responder o *que eu não sou*, isto é, “eu não sou o falo”. Finalmente, como diria Lacan “eu sou a frustração na sua essência” (Citado por Safouan, M., 1989:132).

Resumen

Neste trabalho se propõe uma série de reflexões a respeito da troca de analista que foi solicitado para ingressar na formação como candidato, as vicissitudes que dito processo de troca implicou e, especialmente, o fato de que tomar a decisão de formar-se como analista teria que considerar a aceitação das regras e limites institucionais e pessoais, assim como o questionamento dos próprios motivos de ser analista. A transição a uma nova relação analítica não é tarefa simples, implica em um trabalho de luto, mas também uma nova e valiosa oportunidade. Discute-se a dificuldade de dissolver a transferência imaginária e assumir a terceiridade que representa a instituição.

Bibliografía

- Baranger, M. y W., Mom, J. (1984). *Proceso y no-proceso en el trabajo psicoanalítico*. Revista de Psicoanálisis, Tomo XXXIX, No. 4., Buenos Aires.
- Freud, S. (1905). *Tres Ensayos para una Teoría Sexual*. Obras completas tomo II. Barcelona, Biblioteca Nueva. 1996.
- (1927). El Fetichismo.
- (1938). La escisión del Yo en el proceso de defensa.
- Greco, Guillermo. Una interpretación freudiana. Entre el saber y el enigma. Mimeo s/a
- Green, André, (2003) Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del inconsciente. Buenos Aires, Amorrortu.
- Kristeva, Julia (1993) *Las Nuevas Enfermedades del Alma*. Madrid, Ed. Cátedra.
- Mannoni, M.(1989) De la pasión del Ser a la “locura de saber. Freud, los anglosajones y Lacan. Buenos Aires, Paidós.
- (1986) Un saber que no se sabe. La experiencia analítica. Buenos Aires. Gedisa.
- Nasio, J.D. (2002) *Cómo trabaja un psicoanalista*. Buenos Aires, Paidós
- (1987) En los límites de la transferencia. Nueva Visión.
- Soler, C. (1988). *Finales de análisis*. Buenos Aires. Manantial.
- Szpilka, Jaime (1989) Sobre la cura psicoanalítica. Una palabra de amor. Madrid. Tecnipublicaciones.

La derivación. Crónica de una práctica en transferencia

*María Cecilia Andrade y Agustina Fernández**

Introducción

En este escrito, queremos dar cuenta de la práctica clínica en equipo que, desde hace un tiempo, llevamos a cabo y los interrogantes que, a partir de esta modalidad de labor, se nos han planteado.

Este trabajo se refiere a los aspectos que nos cuestionamos sobre la temática de la derivación, fundamentalmente en relación a la transferencia. Es producto, tanto de un ejercicio de asociación libre, así como de lectura, reflexión y supervisión.

Siguiendo aquella idea freudiana de que el psicoanálisis pelea sus batallas en el terreno de la transferencia, nos interesa en particular, discurrir acerca de cómo opera en la derivación de un paciente y las variantes que en ella adquiere.

Cuando la derivación se da en ambos sentidos entre un psicoanalista y un psiquiatra que, a su vez, es psicoanalista, se trata de una derivación que se realiza en el marco de la transferencia.

Al hablar de transferencia, nos referimos no sólo a la del paciente con el analista, el psiquiatra y la medicación (en caso de que haya una prescripción médica), sino también a la que se establece entre ambos profesionales.

En este contexto, tomamos el concepto de contratransferencia desarrollado por Racker, ya que influye sobre la transferencia del paciente. Según este autor, en el tratamiento psicoanalítico, la existencia de transferencia como de contratransferencia es incesante y ambas son parte del proceso mismo. En la práctica conjunta se presentan contratransferencias cruzadas de ambos profesionales tratantes.

Incluimos muy brevemente los desarrollos conceptuales sobre la teoría de campo de los Baranger, que se articulan con el concepto de contratransferencia y nos aportan una visión integrada a la comprensión de nuestra práctica.

Consideramos, además, el entramado de transferencias y contratransferencias que atraviesa la práctica médica psiquiátrica en lo que se refiere a la indicación de un psicofármaco como parte de un acto médico. Asociamos esta problemática a los conceptos de Modelo Médico Hegemónico (MMH) y medicalización de la vida, así como al efecto placebo.

Desde nuestra perspectiva, creemos que estos factores, aunque pueden parecer arbitrarios, influyen intensamente y contribuyen a la instauración de una red de transferencias y contratransferencias.

Desarrollos conceptuales

Cuando en 1912, Freud se aboca al estudio de la transferencia y su dinámica, inicia su texto aclarando que se trata de un tema “difícil de agotar” (1912: 97). En este trabajo, no pretendemos abarcar sus muchas manifestaciones; nos concentramos en lo que de ella se juega en el acto de la derivación de un paciente y en el tratamiento que es llevado adelante, en forma conjunta, por más de un profesional.

Sabemos por Freud que desde los inicios mismos del tratamiento, el paciente “desarrolla un interés particular hacia la persona del médico.” (1917 [1916-17]: 399), transfiere sobre él sentimientos tiernos, eróticos y hostiles entramados de diferentes formas. En sus palabras, se trata de “un retoño del amor” de otra época de la vida que, en lugar de ser recordado, se actúa en la relación con el analista en el tiempo presente, pero dotado de la intensidad y la pasión del pasado.

La transferencia surge espontáneamente en el paciente desde el inicio mismo del tratamiento, sin necesidad “de argumentos” (ib.: 405). Constituye un fuerte motor para el proceso terapéutico aunque puede conformar una intensa resistencia. De ello se desprende la importancia de estar atento a sus diferentes expresiones para analizarlas adecuadamente y buscar el momento apropiado para su interpretación.

Respecto de la transferencia del paciente sobre la persona del médico, Freud diferencia, según el tipo de sentimientos transferidos, una positiva y otra negativa. La positiva proviene de mociones tiernas o eróticas, en tanto que la negativa lo hace de sentimientos hostiles. Mientras la transferencia positiva de mociones tiernas funciona como motor para la cura, tanto la de sentimientos hostiles como la de fuentes eróticas, se constituye en resistencia al tratamiento.

Racker destaca la importancia que tiene la contratransferencia en el tratamiento psicoanalítico, señalando su influencia sobre la misma transferencia del paciente.

Este autor da el nombre de contratransferencia “al conjunto de imágenes, sentimientos e impulsos del analista hacia el analizado, en cuanto son determinados por su pasado” (1959: 185). Implica “la totalidad de la respuesta psicológica del analista frente al paciente.” (ibid.: 238). Partiendo de la hipótesis de que la manifestación de la contratransferencia es inevitable, Racker propone utilizarla como herramienta en provecho del análisis, tomando conciencia de ella y elaborándola. La considera un instrumento técnico para la comprensión del analizado, especialmente de su transferencia, que permite interrumpir “el círculo vicioso” de su neurosis.

En este campo transfeencial-contratransferencial que conforma el vínculo analítico se produce una interacción continua de aspectos conscientes e inconscientes.

Estos enunciados, se relacionan con el concepto de campo analítico desarrollado por Willy y Madeleine Baranger: un espacio común de intercambio analizado-analista que funciona como una estructura relacional intersubjetiva. Entienden que en el transcurso del proceso analítico se genera “una situación de dos personas indefectiblemente ligadas y complementarias” (1969: 129), en la cual ninguno es inteligible sin el otro.

El campo analítico tiene una estructura espacial (espacio común donde se desarrolla el análisis) y temporal (determinada por el tiempo de la sesión, del proceso, de la historia del paciente, del analista, del inconsciente, etc.).

La situación analítica creada entre analizando y analista, se caracteriza por “una configuración funcional básica, contenida en el compromiso y trato inicial”, a partir de la cual, cada uno de los participantes espera del otro el cumplimiento del rol pactado. La estructura del campo establece roles, posiciones y límites que funcionan promoviendo la simbolización.

El campo analítico, en tanto estructura, tiene un poder simbólico que se expresa en la fantasía de campo. El pertinente reconocimiento y la elaboración de aquella fantasía inconsciente bipersonal, posibilita las transformaciones del proceso analítico y su adecuada resolución.

¿Cómo juega en el campo la fantasía inconsciente cuando en él intervienen tres personas: psicoanalista, psiquiatra y paciente?

¿Qué cuestiones intervienen cuando el tercero es un profesional convocado para una práctica médica?

Tomamos el concepto de Modelo Médico Hegemónico, descrito por E. Menéndez en su libro “Morir de alcohol” (1990), que muestra las limitaciones de la práctica, la teoría y el saber médico.

Algunos de los rasgos principales del modelo son: el biologismo, la ahistoricidad, la eficacia pragmática (generalmente basada en la medicina farmacológica), la relación médico-paciente asimétrica y la subordinación del paciente como poseedor de un saber equivocado. Se caracteriza por concebir la enfermedad como desviación y se orienta hacia la eliminación del síntoma y la medicalización de la vida.

El modelo tiene, por un lado, funciones curativas y preventivas, que hacen a la práctica médica, y por el otro, funciones sociales de control, normalización, medicalización y legitimación de su saber.

Suele desconocer la subjetividad del paciente y el saber que tiene sobre su síntoma. La medicina propondría una medicación para “corregir” aquello que habría discriminado como patología y volverlo a lo establecido como “normalidad”. El riesgo sería que el psicoanalista quedara atrapado en este modelo.

Parte de la eficacia de los tratamientos psicoanalítico y psiquiátrico, se sirve de un efecto de sugestión sobre el paciente que se sostiene en la transferencia, es decir, en la investidura libidinal de objeto. En medicina, al efecto sugestivo producido por los fármacos se lo denomina placebo¹. El vocablo placebo deriva del latín y significa “complaceré”. En nuestra práctica ¿se trataría de complacer al paciente con una mejoría en su padecimiento?

Freud, habiendo abandonado la hipnosis tiempo atrás, redescubre “la sugestión bajo la forma de la transferencia.” (1917 [1916-17]: 406).

Respecto de los psicofármacos, pensamos que no se puede reducir la efectividad de los mismos como la aparición de sus efectos adversos, a la acción que ejercen sobre el organismo. En la diversidad de sus efectos se halla implicada la transferencia sobre el médico. En este sentido, aún cuando el resultado de la droga esté comprobado como eficaz, el tratamiento farmacológico se ve facilitado por una transferencia positiva y obstaculizado por una negativa. Nos preguntamos: ¿Los efectos adversos de los psicofármacos podrían ser el resultado de mociones hostiles hacia el médico? Los psicofármacos, como cualquier otra medicación que se indica al paciente, tienen un efecto fisiológico y otro psíquico. Dice Freud (1890: 118): “La relación entre lo corporal y lo anímico (...) es de acción recíproca” y más adelante señala, que “El efecto probable de un remedio (...) se compone de dos partes. Una de ellas (...) es la aportada por la actitud anímica del enfermo (...) de cuán grande sea su afán de sanar; por el otro (...) de su respeto al arte médico (...) y del poder que atribuya a la persona de su médico (...)” (ibid. 123). No sería posible explicar el resultado de una medicación únicamente por su acción sobre el organismo. ¿Podríamos pensar en un vínculo de tipo narcisista en el cual médico y paciente se complacen recíprocamente?

La derivación, nuestra experiencia

Desde el inicio de nuestro trabajo en equipo, fue claro el peso que cobró la situación transferencial-contratransferencial. Aún así hubo que esclarecerla. Hemos dedicado tiempo para intercambiar ideas sobre los pacientes que compartíamos y supervisado de manera conjunta con algún supervisor que fuera psicoanalista, a la vez que psiquiatra.

¹ Sustancia que, careciendo por sí misma de acción terapéutica, produce algún efecto curativo en el enfermo, si este la recibe convencido de que esa sustancia posee realmente tal acción (Real Academia Española).

Las experiencias de aquella especie de “doble supervisión”, aún cuando fueron enriquecedoras, no resultaron sencillas. Un complejo interjuego de transferencias- contratransferencias se hizo presente de manera relevante: del psicoanalista y psiquiatra respecto del supervisor, de él hacia nosotras y para con la medicación.

A partir de nuestra experiencia, entendemos que la derivación que realiza el analista a un psiquiatra no resulta tan simple. En principio, no habría criterios unívocos para realizarla. Por otra parte, el interjuego de transferencias- contratransferencias puede, en algunos casos, obstaculizarla. ¿Qué sucede, entonces, cuando un psicoanalista deriva un paciente a un psiquiatra para su evaluación y eventual medicación?

Por lo general, se presume la prescripción de un psicofármaco. Algunos pacientes pueden experimentar alivio por la decisión de su analista, cuando la idea que subyace es tratar de calmar su síntoma, “curarlo de su enfermedad mental” devolviéndolo a un estado de “normalidad”. La idealización de la práctica médica suele favorecer aquella idea.

Otros pacientes, en cambio, pueden mostrarse remisos a la consulta con el psiquiatra, expresando temor al “empastillamiento” o a “volverse adictos” al fármaco.

Aquellos pacientes considerados “más graves” (en general, personalidades limítrofes y psicóticos) que dan lugar, frecuentemente, a transferencias muy intensas o masivas requieren, las más de las veces, de un tratamiento en equipo del psicoanalista con el psiquiatra. Si estos profesionales trabajan sobre la base de transferencias predominantemente positivas, pueden actuar de sostén al paciente y ayudarlo en sus respectivas intervenciones. En cambio, cuando la transferencia entre ellos resulta ambivalente y, sobre todo, las transferencias negativas muy acentuadas, pueden conducir al fracaso del tratamiento.

Hemos observado que, en este tipo de tratamientos, el paciente puede idealizar al analista o al psiquiatra, atribuyéndole cualidades o, por el contrario, desestimar el trabajo de alguno, procurando generar celos o rivalidad entre ellos. Resaltamos la importancia de estar advertidos de estas cuestiones que se suscitan en la transferencia para poder interpretarlas.

En los casos en que se prescriben psicofármacos o se recomienda otra intervención médica, proponemos tratar de atenuar los síntomas o trastornos y, de ese modo, permitir el tratamiento mediante el método psicoanalítico. El paciente, más tranquilo o menos deprimido, podrá desplegar sus asociaciones lo más libremente posible y el analista podrá trabajar en atención libremente flotante.

Para finalizar, creemos que toda propuesta terapéutica debe tener en cuenta la subjetividad del paciente y su sufrimiento. La transferencia con los profesionales a cargo y entre los mismos, puede generar un campo de trabajo que permita la resignificación de los síntomas o de los conflictos, en tanto que también la puede obstaculizar.

Entendemos nuestro trabajo como un inicio para continuar profundizando en la temática de la derivación y las vicisitudes de la transferencia que en ella se juegan.

Resumen

Partiendo de nuestra experiencia clínica, abordamos la temática de la derivación de un paciente y del tratamiento que es llevado adelante en forma conjunta por un analista y un psiquiatra.

Situamos esta práctica en el terreno de la transferencia- contratransferencia incluyendo la teoría de campo desarrollada por los Baranger. Asimismo, consideramos el efecto placebo asociado al concepto de sugestión y los conceptos de Modelo Médico Hegemónico y medicalización de la vida.

La derivación.

Crónica de una práctica en transferencia

Bibliografía

Baranger, W. y Baranger, M. (1969) *La situación analítica como campo dinámico* (En: Problemas del campo psicoanalítico), Ed. Kargieman, Buenos Aires, 1993.

Freud, S. (1890) *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*. E. A. T I, Buenos Aires, 2001.

--- (1912) *Sobre la dinámica de la transferencia*. E. A., T XII, Buenos Aires, 2001.

--- (1917[1916-17] 27ª conferencia. *La transferencia*. E. A., T XVI, Buenos Aires, 2004.

Menéndez, E. (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana, México D. F., 1990.

Racker, H. (1959) *Estudio V: La neurosis de contratransferencia. Estudio VI: Los significados y usos de la contratransferencia*. (En: Estudios sobre técnica psicoanalítica). Paidós (Biblioteca de psicología profunda) Buenos Aires.

Salazar, A. “Una vida y una pasión por el psicoanálisis”. La obra de Madeleine Baranger y su actualidad para la clínica. “La teoría del campo”. Taller realizado en el Congreso de Psicoanálisis de FEPAL, Santiago de Chile, 2008.

Encaminhamento. Crônica de uma prática em transferência

*María Cecilia Andrade y Agustina Fernández**

Introdução

Neste trabalho, queremos tratar da prática clínica em equipe que, há muito tempo, desenvolvemos as interrogações que, a partir desta modalidade de trabalho, foram surgindo.

Este trabalho se refere aos aspectos que nos questionamos sobre a temática do encaminhamento, fundamentalmente em relação à transferência. É produto, tanto de um exercício de associação livre, assim como de leitura, reflexão e supervisão.

Seguindo a idéia freudiana de que a psicanálise trava as suas batalhas no terreno da transferência, nos interessa, em particular, discorrer sobre como ela age no encaminhamento de um paciente e as variantes que nela adquire.

Quando o encaminhamento se dá em ambos os sentidos entre um psicanalista e um psiquiatra que, ao mesmo tempo, é psicanalista, trata-se de um encaminhamento que é realizado no âmbito da transferência.

Ao falar de transferência, nos referimos não só ao do paciente com o analista, o psiquiatra e a medicação (caso haja uma prescrição médica), mas também àquela estabelecida entre ambos profissionais.

Neste sentido, tomamos o conceito de contratransferência desenvolvido por Racker, já que influi sobre a transferência do paciente. Segundo este autor, no tratamento psicanalítico, a existência de transferência como de contratransferência é incessante e ambas fazem parte do mesmo processo. Na prática em conjunto se apresentam contratransferências cruzadas de ambos profissionais.

Incluimos, brevemente, os desenvolvimentos conceituais sobre a teoria de campo dos Baranger, que se articulam com o conceito de contratransferência e nos oferecem uma visão integrada da compreensão da nossa prática.

Além disso, consideramos o emaranhado de transferências e contratransferências que compreende a prática médica psiquiátrica no que diz respeito à indicação de um psicofármaco como parte de uma ação médica. Associamos esta problemática aos conceitos de Modelo Médico Hegemônico (MMH) e medicalização da vida, assim como ao efeito placebo.

Da nossa perspectiva, achamos que estes fatores, embora possam parecer arbitrários, influenciam intensamente e contribuem para a instauração de uma rede de transferências e contratransferências.

Desenvolvimentos conceituais

Quando, em 1912, Freud se inclina ao estudo da transferência e sua dinâmica, inicia seu texto esclarecendo que se trata de um assunto “difícil de ser esgotado” (1912: 97). Neste trabalho, não pretendemos abranger suas inúmeras manifestações; nos concentramos no que dela está em jogo no ato do encaminhamento de um paciente e no tratamento que é levado adiante, em conjunto, por mais de um profissional.

Sabemos, por Freud, que desde o início do tratamento, o paciente “desenvolve

Encaminhamento.

Crônica de uma prática em transferência

um interesse particular pela pessoa do médico.” (1917 [1916-17]: 399), transfere para ele seus sentimentos afetuosos, eróticos e hostis entrelaçados de diferentes formas. Em suas palavras, trata-se de “um rebento do amor” de outra época da vida que, ao invés de ser lembrado, age na relação com o analista no tempo presente, porém, dotado da intensidade e da paixão do passado.

A transferência surge espontaneamente no paciente desde o início do tratamento, sem necessidade “de argumentos” (ib.: 405). Constitui um forte motor para o processo terapêutico, embora, possa apresentar uma intensa resistência. Disso se desprende a importância de estar atento as suas diferentes expressões para analisá-las adequadamente e encontrar o momento oportuno para a sua interpretação.

A respeito da transferência do paciente sobre a pessoa do médico, Freud diferencia, segundo o tipo de sentimentos transferidos, uma positiva e outra negativa. A positiva provém de moções afetuosas ou eróticas, enquanto que a negativa de sentimentos hostis. Enquanto a transferência positiva de moções afetuosas funciona como motor para a cura, tanto a de sentimentos hostis como a de fontes eróticas se constituem em resistência ao tratamento.

Racker destaca a importância que a contratransferência tem no tratamento psicanalítico, apontando a sua influência sobre a mesma transferência do paciente.

Este autor dá o nome de contratransferência “ao conjunto de imagens, sentimentos e impulsos do analista para com o analisado, quando são determinados por seu passado” (1959: 185). Implica “a totalidade da resposta psicológica do analista ante o paciente.” (ibid.: 238). Partindo da hipótese de que a manifestação da contratransferência é inevitável, Racker propõe utilizá-la como ferramenta em proveito da análise, tomando consciência dela e elaborando-a. Considera-a um instrumento técnico para compreender o analisado, especialmente a sua transferência, que permite interromper “o círculo vicioso” de sua neurose.

Neste campo transferecial-contratransferencial que compõe o vínculo analítico se produz uma interação contínua de aspectos conscientes e inconscientes.

Estes enunciados se relacionam com o conceito de campo analítico desenvolvido por Willy e Madeleine Baranger: um espaço comum de intercâmbio analisado-analista que funciona como uma estrutura relacional intersubjetiva. Entendem que no transcurso do processo analítico é gerada “uma circunstância entre duas pessoas de maneira indefectível unidas e complementares” (1969: 129), na qual nenhum é inteligível sem o outro.

O campo analítico tem uma estrutura espacial (espaço comum onde se desenvolve a análise) e temporal (determinada pelo tempo da sessão, do processo, da história do paciente, do analista, do inconsciente, etc.).

A situação analítica criada entre analisando e analista, se caracteriza por “uma configuração funcional básica, contida no compromisso e tratamento inicial”, a partir da qual cada um dos participantes espera do outro o cumprimento do papel pactuado. A estrutura do campo estabelece papéis, posições e limites que funcionam promovendo a simbolização.

O campo analítico, enquanto estrutura, tem um poder simbólico que é expresso na fantasia de campo. O reconhecimento pertinente e a elaboração daquela fantasia inconsciente bipessoal, possibilitam as transformações do processo analítico e sua adequada resolução.

Qual é o papel no campo da fantasia inconsciente quando nele intervêm três pessoas: psicanalista, psiquiatra e paciente?

Qual questão intervém quando o terceiro é um profissional designado para uma prática médica?

Tomamos o conceito de Modelo Médico Hegemônico, descrito por E. Menéndez em seu livro “Morir de álcool” (1990), que mostra as limitações da prática, a teoria e o conhecimento médico.

Algumas das principais características do modelo são: biologismo, ahistoricidade, eficácia pragmática (geralmente baseada na medicina farmacológica), a relação médico-paciente assimétrica e a subordinação do paciente como possuidor de um conhecimento errado. Caracteriza-se por conceber a doença como desvio e se orienta para a eliminação do sintoma e a medicalização da vida.

O modelo tem, por um lado, funções curativas e preventivas, que é feito pela prática médica, e por outro lado, funções sociais de controle, normalização, medicalização e legitimação de seu conhecimento.

Costuma-se desconhecer a subjetividade do paciente e o conhecimento que ele tem sobre seu sintoma. A medicina propõe uma medicação para “corrigir” aquilo que foi discriminado como patologia e voltar ao estabelecido como “normalidade”. O risco seria que o psicanalista ficasse preso a este modelo.

Parte da eficácia dos tratamentos psicanalítico e psiquiátrico serve-se de um efeito de sugestão sobre o paciente que se apóia na transferência, isto é, na investidura libidinal de objeto. Na medicina, o efeito sugestivo produzido pelos fármacos é denominado placebo².

O vocábulo placebo provém do latim e significa “complacer”. Na nossa prática, se trataria de complacer o paciente com uma melhora do seu padecimento?

Freud, tendo abandonado a hipnose tempos atrás, redescobre “a sugestão sob a forma da transferência.” (1917 [1916ss-17]: 406).

A respeito dos psicofármacos achamos que não se pode reduzir a efetividade dos mesmos bem como o aparecimento de seus efeitos adversos, sobre a ação que exercem sobre o organismo. Na diversidade de seus efeitos está implicada a transferência sobre o médico.

Neste sentido, mesmo quando o resultado da droga seja comprovado como eficaz, o tratamento farmacológico se vê facilitado por uma transferência positiva e dificultado por uma negativa. Perguntamo-nos: Os efeitos adversos dos psicofármacos poderiam ser o resultado de moções hostis para com o médico?

Os psicofármacos, como qualquer outro medicamento que é indicado para o paciente, têm um efeito fisiológico e outro psíquico.

Diz Freud (1890: 118): “A relação entre o corporal e o anímico (...) é de ação recíproca” e mais adiante aponta, que “O efeito provável de um remédio (...) se compõe de duas partes. Uma delas (...) é a oriunda pela atitude anímica do doente (...) a enorme vontade de se curar; pelo outro (...) de seu respeito pela arte médica (...) e do poder que atribuiu ao seu médico (...)” (ibid. 123).

Não seria possível explicar o resultado de um medicamento unicamente pela sua ação sobre o organismo. Poderíamos pensar em um vínculo de tipo narcisista no qual médico e paciente se comprazem reciprocamente?

Encaminhamento, nossa experiência

Desde o início de nosso trabalho em equipe, ficou claro a importância da situação transferencial-contratransferencial. Mesmo assim foi necessário esclarecê-la.

² Substância que, carecendo por si mesma de ação terapêutica, produz algum efeito curativo no doente, se este a recebe convencido de que essa substância possui realmente tal ação (Real Academia Espanhola).

Encaminhamento.

Crônica de uma prática em transferência

Dedicamos muito tempo para o intercâmbio de idéias sobre os pacientes que compartilhávamos e fomos supervisionados, conjuntamente, por um supervisor que fosse, ao mesmo tempo, psicanalista e psiquiatra.

As experiências daquela espécie de “dupla supervisão”, mesmo quando enriquecedoras, não foram muito simples. Uma complexa inter-relação de transferências-contratransferências se fez presente de maneira relevante: do psicanalista e psiquiatra a respeito do supervisor, dele para conosco e para com o medicamento.

A partir da nossa experiência, entendemos que o encaminhamento realizado pelo analista para um psiquiatra não é tão simples. Em princípio, não haveria critérios unívocos para realizá-lo. Por outro lado, a inter-relação de transferências-contratransferências pode, em alguns casos, dificultá-lo.

O que ocorre, então, quando um psicanalista encaminha um paciente para um psiquiatra para sua avaliação e eventual medicação?

Geralmente, se supõe a prescrição de um psicofármaco. Alguns pacientes podem sentir alívio pela decisão do seu analista, quando a idéia que deixa transparecer é tratar de acalmar seu sintoma, “curá-lo de sua doença mental” devolvendo-o a um estado de “normalidade”. A idealização da prática médica pode favorecer àquela idéia.

Outros pacientes, entretanto, podem mostrar-se remissos à consulta com o psiquiatra, expressando temor aos “comprimidos” ou “tornar-se dependente” do fármaco.

Aqueles pacientes considerados “mais graves” (geralmente, personalidades limítrofes e psicóticos) que dão lugar, freqüentemente, a transferências muito intensas ou massivas, requerem, na maioria das vezes, um tratamento em equipe do psicanalista com o psiquiatra. Se estes profissionais trabalham sobre a base de transferências predominantemente positivas, podem servir como apoio para o paciente e ajudá-lo em suas respectivas intervenções. Entretanto, quando a transferência entre eles resulta ambivalente e, sobretudo, as transferências negativas muito acentuadas, podem ocasionar o fracasso do tratamento.

Observamos que, neste tipo de tratamento, o paciente pode idealizar o analista ou o psiquiatra, atribuindo-lhe qualidades ou, pelo contrário, desestimar o trabalho de algum deles, tentando provocar ciúmes ou rivalidade entre eles. Salientamos a importância de estar advertido sobre estas questões que aparecem na transferência para poder interpretá-las.

Nos casos em que são prescritos psicofármacos ou se recomenda outra intervenção médica, propomos tratar de atenuar os sintomas ou transtornos e, desse modo, permitir o tratamento mediante o método psicanalítico. O paciente, mais tranqüilo ou menos deprimido, poderá expandir as suas associações o mais livre possível e o analista poderá trabalhar em atenção livremente flutuante.

Para finalizar, achamos que toda proposta terapêutica deve levar em consideração a subjetividade do paciente e seu sofrimento. A transferência com os profissionais responsáveis e entre os mesmos podem gerar um campo de trabalho que permita a re-significação dos sintomas ou dos conflitos, mas ao mesmo tempo, também pode dificultá-la.

Vemos o nosso trabalho como um primeiro passo para continuar aprofundando na temática do encaminhamento e as vicissitudes da transferência que nele estão em jogo.

Resumen

Partindo de nossa experiência clínica, abordamos a temática do encaminhamento de um paciente e do tratamento que é levado adiante de forma conjunta por um analista e um psiquiatra.

Situamos esta prática no terreno da transferência-contratransferencia incluindo a teoria de campo desenvolvida pelo casal Baranger. Consideramos ainda, o efeito placebo associado ao conceito de sugestão e os conceitos de Modelo Médico Hegemônico e medicalização da vida.

Bibliografía

Baranger, W. y Baranger, M. (1969) *La situación analítica como campo dinámico* (En: Problemas del campo psicoanalítico), Ed. Kargieman, Buenos Aires, 1993.

Freud, S. (1890) *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*. E. A. T I, Buenos Aires, 2001.

--- (1912) *Sobre la dinámica de la transferencia*. E. A., T XII, Buenos Aires, 2001.

--- (1917[1916-17] 27ª conferencia. *La transferencia*. E. A., T XVI, Buenos Aires, 2004.

Menéndez, E. (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana, México D. F., 1990.

Racker, H. (1959) *Estudio V: La neurosis de contratransferencia. Estudio VI: Los significados y usos de la contratransferencia*. (En: Estudios sobre técnica psicoanalítica). Paidós (Biblioteca de psicología profunda) Buenos Aires.

Salazar, A. "Una vida y una pasión por el psicoanálisis". La obra de Madeleine Baranger y su actualidad para la clínica. "La teoría del campo". Taller realizado en el Congreso de Psicoanálisis de FEPAL, Santiago de Chile, 2008.

Transferencia y juego. Presentación de material clínico

*Rosa Schenkel**

Motivo de consulta

El llamado de la madre solicitando hora me había puesto rápidamente al tanto de que la niña estaba despidiéndose de su analista después de un año y medio de tratamiento de dos sesiones por semana, y que el motivo consciente de la interrupción era no poder tener mayor frecuencia de las entrevistas de padres, si bien reconocían que María estaba mucho mejor.

Comencé a preguntarme ¿porqué interrumpían? Surgió en mí una inquietud que habría de acompañarme casi todo el tratamiento: ¿cómo podría evitar que ocurriera lo mismo? Me apenaba que tuviera que cambiar de analista. Propuse dos sesiones por semana pero acepté fácilmente una frecuencia de una sesión por semana, ahora pienso que por el mismo temor contratransferencial.

María solía estar muy enojada con su mamá y la agredía, no toleraba las frustraciones, se llevaba mal con sus amigas. Tenía también mucho miedo a la muerte. Presentaba algunos síntomas obsesivos que terminaban en intensa rabia cuando no lograba cumplir las medidas que exigía. Estas conductas generaban mucho fastidio en la mamá que la corregía todo el tiempo, sin poder captar qué necesitaba María, lo que le generaba intensa angustia y culpa.

Tratamiento

Cuando la recibí por primera vez me encontré con una preciosa niña, bien vestida, que me estudiaba con la mirada. El trayecto desde la puerta hasta el consultorio se transformó en el espacio de reclamos a su mamá. En cuanto atravesaba la puerta del consultorio, asegurándose que no la oyera, comenzaba a insultarla con palabras muy groseras.

María tiene un hermano varón, tres años y medio menor que ella. Poco tiempo después de comenzar a tratarla, la madre queda embarazada y a los nueve meses nace una niña. Se mostró muy celosa, agrediendo a su hermano mayor y cuidando tiernamente al bebé. Este nacimiento hizo más difícil la relación entre la madre y la hija, reclamaba atención, pero rechazaba el contacto y furiosa se alejaba, mostrando una modalidad vincular de “apego inseguro resistente”: siguiendo la conceptualización de Mary Ainsworth. María fue amantada hasta los ocho meses, momento en que la madre volvió a trabajar todo el día y a viajar al exterior. Ese momento coincide con la quiebra y posterior muerte del abuelo paterno, lo que produce una depresión en el papá de la niña, que dura más de dos años. Hubo muchas pérdidas en los primeros cinco años de la niña: mudanza, cambio de colegio, accidente de auto, enfermedad del abuelo materno.

Sobre las sesiones de los primeros meses

Trataré de transmitir lo que pasaba dentro de las sesiones centrándome en la observación y análisis de la transferencia desplegada.

Sus producciones en este periodo tienen más de actuaciones que de un estado mental de juego. María me hacía sufrir su padecimiento adjudicándome el rol del perdedor y de estar sometida a ella. Se burlaba de mí por perder, me desvalorizaba diciendo que yo no sabía nada. El maltrato y un deseo permanente de producir miedo o incomodidad, caracterizaban las sesiones. Ensuciaba el consultorio con facturas que comía vorazmente desparramando migas y azúcar desde el hall de entrada, o pintaba con témperas y salpicaba con colores e inundaba con malas palabras las sesiones. Hacía que arrojaba marcadores de punta sobre mi cara con gesto amenazante. Yo me sentía incómoda lo que me llevaba a plantearme si permitirlo o no. La niña expresaba así una profunda antipatía hostil, difícil para mí de soportar, pero estoy convencida que de esa tolerancia, de poder resistir las agresiones, y de la observación, análisis y elaboración de mis emociones, dependió la buena evolución del tratamiento.

Ajusté el encuadre, íbamos a tomar unos minutos para dejar en orden el consultorio. Le aclaré que no era necesario que ella lo hiciera, que yo lo podía hacer. María no tuvo ningún inconveniente en aceptar.

Cuando logré rescatarme de la contratransferencia pude preguntarme por su dolor: ¿qué penoso padecimiento la aquejaba y me infligía durante las sesiones? Ella disfrutaba de un particular placer, se burlaba y reía a carcajadas.

Llamo burla a una actitud de superioridad, de desprecio, de arrogancia que entiendo como forma defensiva de sensaciones de impotencia, que me hacía sentir a mí. Entiendo que es expresión del *narcisismo patológico* según la conceptualización de Heinz Kohut, narcisismo que la niña necesitaba reparar.

Pienso que al ver que yo podía soportar ese dolor se fue identificando con una María proyectada en mí, capaz de tolerar la burla, la imperfección. Así comenzó una etapa del tratamiento donde la transferencia fue cambiando de hostil a amorosa. Comenzó a arreglar ella el consultorio con mucho placer. Su juego fue cambiando, si bien hacía trampas para no correr el menor riesgo de perder, disfrutaba con mucho placer el ganar, la burla desapareció.

Hasta que comenzó a darle pena mi situación de permanente perdedora, y si bien no dejaba de hacer trampas para asegurarse ganar, me regalaba puntos que me permitían aproximarme a su puesto, sin alcanzarla por supuesto. Ella tenía el poder, me decía: “¿viste qué buena que soy?”. Surgen así las denominadas “ansiedades depresivas” según la escuela kleiniana.

Así fue expresando durante muchas sesiones *un self grandioso infantil normal* que Kohut describe como necesitado de ser mirado con admiración, y reconocido como lleno de bondad.

Sesión al año y cuatro meses de tratamiento

Transcribiré ahora algunos fragmentos de la sesión, en los que puede apreciarse el proceso de reparación desarrollado y también expresado en la transferencia, donde María puede mostrar su capacidad para amar y tener en cuenta a la analista, con un verdadero interés por su persona, reconociéndole un lugar diferente, asimétrico, marcando los parecidos y las diferencias entre ambas, mostrando un narcisismo normal.

Entra con una tira de stickers que su madre acaba de comprarle y me pide que adivine cuál le gusta más.

P: Vamos a jugar al Quién es Quién, quiero ver si las dos tenemos los mismos. No, no

es igual (se refiere a la ubicación de los personajes en cada tablero). Hoy fuimos a la psicóloga de mi hermano.

Mientras se propone dibujar con marcadores me pregunta cuáles son mis colores preferidos dándome a elegir entre un grupo de colores cálidos y fríos. Elijo los verdes y azules (porque se que le gustan los cálidos) y escribe mi nombre repetidas veces llenando toda la hoja.

A: Hiciste eso para mí y te aseguraste que me gustara poniéndole mis colores.

P: Y si, ¿mirá si te lo hago con marrón popo...? ...Mamá me contó que vos vivís acá los días de semana y los fines de semana en un barrio, pero no sé cómo se llama.

A: Yo te importo y querés saber donde estoy cuando no estoy con vos.

P: Claro, los colores que te gusten ¿me comprendés? porque si no, te hago con popó o negro o gris ¿me comprendés? ...Vos sos la reina del frío y yo del calor (intenta unir ambas hojas, la que tiene su nombre y la que tiene el mío, pegándolas, pero no lo hace, las separa), no, separados mejor. ¿Sabés que mi hermano en la psicóloga tiene una carpeta chiquitita? y yo acá ¡una caja grandota!

¿Si yo me voy, vos te vas?... Falta muchísimo para el eclipse de sol, y de luna. Falta muchísimo para que se apague el sol. ¿Viste cómo nos enfermamos con el sol y cómo nos enfermamos con el frío?

A: Te da miedo que nos separemos y no nos podamos reencontrar después de las vacaciones. Te gusta que estemos juntas pero ¡bien diferenciadas! cada una de un color propio, no pegoteadas, que seamos cada una distinta.

En la última sesión del año, aparece el tema de su identificación con una mamá amorosa, capaz de sufrir por su hijo, de la siguiente manera:

P: ¿Vos donde vas a pasar el Año Nuevo? Sabés que a un chiquito le tiraron una bala, pero no se murió ¡pobre la mamá, lo nerviosa que te ponés! ¿viste?...

A: ¡Claro! Ahora te imaginás vos como mamá, queriendo mucho a tu hijito.

P: ¡Si, pobres mamás, me imagino lo que deben sentir!

Después de las segundas vacaciones, por un llamado de la madre, me asaltó el mismo temor del comienzo, que se interrumpa el tratamiento. Pidió una entrevista para ellos, dijo que María estaba muy bien y querían ver cómo seguir. Yo pensaba que la niña había comenzado a desplegar su capacidad de reparación y las consecuencias que podría tener. Asociaba el probable corte que fantaseaba, con el destino del tratamiento anterior y con la brusca ruptura de la simbiosis con la mamá.

Por suerte mis temores no se cumplieron en ese momento, pasó otro año, otras vacaciones, y después de la primera sesión de marzo, a los dos años y medio de tratamiento, la madre me informa que la traerán hasta fin de mes, que vaya “cerrando, porque está muy bien”, nos quedaban cuatro sesiones.

María nuevamente es desprendida de modo abrupto. como con el pecho de su madre. Siguiendo a Meltzer (1996) pienso que los padres evitan de este modo enfrentar la etapa final del proceso: “el destete”, caracterizada por el doloroso duelo que implica la separación final con el analista y se retiran en “el umbral de la posición depresiva”. Pienso en cuántos duelos sin elaborar habrá en esta familia.

Reflexiones finales

Considero que los niños entran naturalmente en el proceso analítico desplegando la transferencia, y la persona del analista es el instrumento del proceso prestándose al vínculo. Donald Meltzer (1996) en “*El proceso Psicoanalítico*” (p. 35, 36) dice:

“Por esta razón, a pesar de que la vida del niño está colmada de objetos, cualquier adulto con el que tenga contacto seguido tiende a acumular significancia transferencial [...] la mayoría de los adultos en el mundo del niño no tienen la requerida intensidad de interés como para sostener un rol transferencial sin ocasionarles rebeliones contra la tiranía y la restricción. Por esta razón [...] los procesos transferenciales del niño se ven forzados casi constantemente a buscar objetos nuevos”.

De allí la importancia del análisis del analista, “la afinación del instrumento”, pues tiene que poder sumergirse en la transferencia del paciente y rescatarse después de la sesión, momento en que podrá pensar, escribir, compartir con otros, es decir trabajar intelectualmente sobre su labor con el paciente.

Viene a mi mente la bellísima cita que hace Winnicott (1971) de Marion Millner (1952):

“Cuando empecé a ver [...] que ese uso de mí misma podía ser, no solo una regresión defensiva, sino una fase esencial y repetida de una relación creadora con el mundo...”

Quiero diferenciar juego y transferencia, cito al Dr. José A. Valeros (1997): “No está justificado equiparar juego y transferencia... La vida diaria de niños y adultos dentro y fuera del consultorio está jalonada de transferencias de contenidos inconscientes, sobre objetos humanos y no humanos, sin que este fenómeno normal y constante de la vida psicológica por sí mismo nos lleve al juego [...] Se juega porque jugar está relacionado con una necesidad básica, vital y exclusiva de los seres humanos, la de simbolizar, que es satisfactoria en sí misma [...] Las transferencias aparecen dentro del juego porque éste es el estado mental más propicio para su objetivación, elaboración e integración. (p. 113)

Considera que es en la dinámica dramática del juego donde el inconsciente se hace presente y que la labor interpretativa del analista es más útil cuando la realiza dentro del juego y en forma dramática.

Descriptor: Transferencia-Contratransferencia-Juego

Resumen

Intento reflejar el cambio de una niña de seis años, a través de la descripción del despliegue transferencial, realizando un corte en el tiempo. Haré referencia al material clínico de los primeros cuatro meses y a una sesión al año y cuatro meses de comenzar. Incluyo el análisis de la transferencia y de la contratransferencia y describo el modo en que lo abordé, las conceptualizaciones teóricas en las que fundamento mi enfoque, mi concepción del juego.

Referencias Bibliográficas

- Bion, W. (2006) *Volviendo a pensar* (6° edición) Hormé. Buenos Aires
 Freud S. (1912) *La dinámica de la transferencia*. Amorrortu Editores. Tomo XII
 Kohut, H. (1971) *Análisis del self*. Amorrortu Editores. Buenos Aires
 Meltzer, D. (1996) *El proceso psicoanalítico*. Cuarta Edición. Lumen – Hormé. Buenos Aires
 Valeros, J. A. (1997) *El jugar del analista*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires
 Winnicott, Donald W. (1971) *Realidad y juego*. Editorial Gedisa. España

Transferência e jogo. Apresentação de material clínico

*Rosa Schenkel**

Motivo da consulta

A mãe telefonou solicitando uma consulta e comentou que a menina estava deixando seu analista depois de um ano e meio de tratamento com duas sessões por semana, e que o motivo consciente da interrupção era não poder aumentar a frequência das entrevistas de pais, embora reconhecesse que Maria estava bem melhor.

Comecei a me perguntar, por que interrompiam o tratamento? Surgiu uma inquietação que me acompanharia durante quase todo o tratamento: como poderia evitar que acontecesse a mesma coisa? Lamentei porque ela devia trocar de analista. Propus duas sessões por semana, mas aceitei facilmente a frequência de uma sessão por semana, agora penso que foi pelo mesmo temor contratransferencial.

Maria geralmente estava muito zangada com sua mãe e a agredia, não tolerava as frustrações, não se dava bem com as suas amigas. Também tinha muito medo da morte. Apresentava alguns sintomas obsessivos que terminavam em intensa raiva quando não conseguia alcançar aquilo a que havia se proposto. Esta conduta dava muito desgosto a sua mãe que a corrigia todo tempo, sem entender o que Maria precisava, isto lhe gerava culpa e uma intensa angústia.

Tratamento

Quando a recebi pela primeira vez me deparei com uma linda menina, bem vestida, que me estudava com o seu olhar. O trajeto da porta até o consultório passou a ser um espaço de reclamações contra a sua mãe. Assim que cruzava a porta do consultório, cuidando que não a ouvissem, começava a insultar a mãe com palavras muito grosseiras.

Maria tem um irmão três anos e meio mais novo que ela. Pouco tempo depois de ter começado o tratamento a mãe engravidou e nasceu uma menina. Maria ficou com muito ciúme, agredia o seu irmão mais velho e cuidava do bebê com ternura. Este nascimento tornou mais difícil a relação entre mãe e filha, reclamava atenção, mas rechaçava o contato físico e furiosa se afastava, mostrando uma modalidade vincular de “apego inseguro resistente”, segundo a conceitualização de Mary Ainsworth. Maria foi amamentada até os oito meses, quando a mãe voltou a trabalhar durante todo o dia e a viajar para o exterior. Esse momento coincide com a falência e a morte do avô paterno, o que produz uma depressão no pai da menina, que dura mais de dois anos. Houve muitas perdas nos primeiros cinco anos desta criança: mudança, troca de colégio, acidente de carro, doença do avô materno.

Sobre as sessões nos primeiros meses

Tentarei transmitir o que acontecia nas sessões centrando-me na observação e análise da transferência exposta.

Suas ações, neste período, têm muito mais de atuações do que um estado mental de jogo. Maria me fazia sofrer seu padecimento me atribuindo o papel de perdedora e de estar submetida a ela. Zombava de mim porque perdia, me desvalorizava dizendo que eu não sabia nada. As sessões se caracterizavam por maltrato e um desejo permanente de produzir medo ou incomodidade. Sujava o consultório ao comer, vorazmente, doces e biscoitos espalhando migalhas e açúcar desde o hall, ou pintava com têmpera e salpicava tudo com tinta e dizia palavrões durante as sessões. Ameaça em jogar os pincéis atômicos no meu rosto. Eu me sentia incômoda e pensava se devia permitir isso ou não. A menina expressava assim uma profunda antipatia hostil, difícil de suportar, mas estou convencida que essa tolerância e ao resistir às agressões, a observação, a análise e a elaboração de minhas emoções ajudou para uma boa evolução do tratamento.

Ajustei o enquadramento, íamos ter uns minutos para deixar em ordem o consultório. Esclareci que não era necessário que ela o fizesse, eu podia fazer isso. Maria não teve nenhum problema em aceitar.

Quando consegui me resgatar da contratransferência pude me questionar sobre a sua dor: que sofrimento a afligia e me infligia durante as sessões? Ela desfrutava de um prazer especial, zombava e dava gargalhadas.

Chamo zombaria a uma atitude de superioridade, desprezo, arrogância que entendo como forma defensiva de sensações de impotência que provocava em mim. Entendo que é expressão do *narcisismo patológico* segundo a conceitualização de Heinz Kohut, narcisismo que a menina necessitava restaurar.

Acho que ao ver que eu podia suportar essa dor foi se identificando com uma Maria projetada em mim, capaz de tolerar a zombaria, a imperfeição. Foi assim que começamos uma etapa do tratamento onde a transferência foi mudando de hostil para o carinho. Ela começou a arrumar o consultório com muita alegria. Seu jogo foi mudando, embora fizesse tramóias para não correr o menor risco de perder, desfrutava com muito prazer ao ganhar, a zombaria desapareceu.

Até que começou a sentir pena da minha situação de permanente perdedora e, apesar de não deixar de fazer tramóia para garantir a vitória, me dava pontos que permitiam que eu me aproximasse, sem que conseguisse alcançá-la, evidentemente. Ela tinha o poder, me dizia: “viu que boa que eu sou?” Surgem assim as denominadas “ansiedades depressivas” segundo a escola kleiniana.

Durante várias sessões foi expressando um *self grandioso infantil normal* que Kohut descreve como necessidade de ser notado com admiração e reconhecido como bondoso.

Sessão depois de um ano e quatro meses de tratamento

Agora transcreverei alguns fragmentos da sessão, onde se pode apreciar o processo de reparação desenvolvido e também expresso na transferência, em que Maria pode mostrar sua capacidade para amar e ter em conta a analista, com um verdadeiro interesse pela sua pessoa, reconhecendo-lhe um lugar diferente, assimétrico, marcando as semelhanças e as diferenças entre ambas, mostrando um narcisismo normal.

Entra com uma tira de stickers que sua mãe acabara de comprar para ela e me pede que adivinhe de qual ela gosta mais.

P: Vamos brincar de “Quem é Quem”, quero ver se nós temos os mesmos personagens. Não, não é igual (se refere à localização dos personagens em cada tabuleiro). Hoje fomos à psicóloga do meu irmão.

Quando se propõe a desenhar com pincel atômico me pergunta quais são minhas cores preferidas, deixando-me escolher entre um grupo de cores quentes e frias. Escolho verde e azul (porque sei que ela gosta das cores quentes) ela escreve meu nome várias vezes enchendo toda a folha.

A: Você fez isso para mim sabendo que eu gostaria porque usou as minhas cores.

P: Sim, olha só se eu uso marrom cocô...? Minha mãe me contou que você mora aqui nos dias de semana e nos fins de semana em um bairro, mas não sei o nome.

A: Você gosta de mim e quer saber onde me encontro quando não estou com você.

P: Verdade, as cores que você gosta,... entende? Por que senão faço com cocô ou preto ou cinza, entende)? Você é a rainha do frio e eu do calor (tenta unir ambas as folhas, a que tem seu nome e a que tem o meu, colando-as, mas não o faz, separa-as), não, separadas é melhor. Sabe que meu irmão tem uma pasta pequeninha no consultório da psicóloga? E eu aqui, uma caixa grandona!

Se eu vou embora, você também vai?... Falta muito para o eclipse do sol e da lua. Falta muito para que o sol se apague. Você viu como ficamos doentes com o sol e também com o frio?

A: Você sente medo que nos separemos e que não possamos nos reencontrar depois das férias. Gosta que estejamos juntas, mas bem diferenciadas, cada uma com uma cor própria, não estejam grudadas, que cada uma seja diferente.

Na última sessão do ano, surge o tema de sua identificação com uma mãe amorosa, capaz de sofrer pelo seu filho, da seguinte forma:

P: Onde você vai passar o Ano-Novo? Sabe que deram um tiro em uma criança, mas ela não morreu, coitada da mãe, você ficou nervosa, né?

A: Claro! Agora imagina você como mãe, amando muito ao seu filhinho.

P: Sim, coitadas das mães, imagino o que devem sentir!

Depois das segundas férias, após um telefonema da mãe, senti o mesmo temor do começo, que interrompesse o tratamento, pediu uma entrevista para eles, disse que Maria estava muito bem e queriam ver como continuar. Eu pensava que a menina tinha começado a utilizar sua capacidade de reparação e as conseqüências que podia ter. Associava o provável corte que fantasiava com o destino do tratamento anterior e com a brusca ruptura da simbiose com a mãe.

Graças a Deus meus temores não se tornaram realidade nesse momento. Passou outro ano, outras férias, e depois da primeira sessão de março, aos dois anos e meio de tratamento, a mãe me comunica que vai trazê-la só até fim do mês, que fosse terminando porque “está muito bem”, restavam mais quatro sessões.

Maria novamente é desprendida de modo abrupto, como foi feito com o seio da sua mãe. Seguindo a Meltzer (1996) acho que os pais evitam, deste modo, enfrentar a etapa final do processo: “desmamar”, caracterizado pelo doloroso luto que implica a separação final com a analista e se retiram “no topo da posição depressiva”. Imagino quantos lutos sem elaborar há nesta família.

Reflexões finais

Considero que as crianças entram naturalmente no processo analítico utilizando a transferência, e a pessoa do analista é o instrumento do processo prestando-se ao vínculo. Donald Meltzer (1996) em “*El proceso Psicoanalítico*” (p. 35, 36) comenta:

“Por esta razão, embora a vida da criança esteja cheia de objetos, qualquer adulto com o

qual tenha contato seguido tende a acumular significante transferencial... no mundo da criança a maioria dos adultos não tem a intensidade requerida de interesse como para sustentar um papel transferencial sem ocasionar-lhes rebeliões contra a tirania e a restrição. Por esse motivo... os processos transferenciais da criança se vêem forçados, quase que constantemente, a buscar novos objetos”.

Daí a importância da análise do analista, “a afinação do instrumento”, pois tem que submergir-se na transferência do paciente e resgatar-se depois da sessão, momento em que poderá pensar, escrever, compartilhar com outros, isto é, trabalhar intelectualmente sobre seu trabalho com o paciente.

Vem à minha mente a belíssima citação de Winnicott (1971) de Marion Millner (1952):

“Quando comecei a perceber... que esse uso de mim mesma podia ser, não só uma regressão defensiva, senão uma fase essencial e repetida de uma relação criadora com o mundo...”

Quero diferenciar jogo e transferência, citando ao Dr. José A. Valeros (1997):

“Não se justifica equiparar jogo e transferência... A vida diária de crianças e adultos, dentro e fora do consultório, é marcada por transferências de conteúdos inconscientes, sobre objetos humanos e não humanos, sem que este fenômeno normal e constante da vida psicológica por si mesmo nos leve ao jogo... Brinca-se porque brincar está relacionado com uma necessidade básica, vital e exclusiva dos seres humanos, a de simbolizar, que é satisfatória em si mesma... As transferências aparecem dentro do ato de brincar porque este é o estado mental mais propício para sua objetivação, elaboração e integração. (p. 113)

Considera que é na dinâmica dramática do jogo onde o inconsciente se faz presente e que o trabalho interpretativo do analista é mais útil quando realizado dentro do jogo e de forma dramática.

Resumo

Trato de refletir sobre a mudança de uma menina de seis anos, através da descrição da abrangência transferencial, realizando um corte no tempo. Farei referência ao material clínico dos primeiros quatro meses e de uma sessão depois de um ano e quatro meses de haver começado o tratamento. Incluí a análise da transferência e da contratransferência e descrevo o modo como foi abordado, as conceitualizações teóricas nas que fundamento meu enfoque, minha concepção de jogo.

Descritores: Transferência - Contratransferência – Jogo

Referências Bibliográficas

- Bion, W. (2006) *Volviendo a pensar* (6° edição) Hormé. Buenos Aires
 Freud S. (1912) *La dinámica de la transferencia*. Amorrortu Editores. Tomo XII
 Kohut, H. (1971) *Análisis del self*. Amorrortu Editores. Buenos Aires
 Meltzer, D. (1996) *El proceso psicoanalítico*. Cuarta Edición. Lumen – Hormé. Buenos Aires
 Valeros, J. A. (1997) *El jugar del analista*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires
 Winnicott, Donald W. (1971) *Realidad y juego*. Editorial Gedisa. España

La Tyche. Entre los avatares de una transferencia

Mauricio Zulián*

...es en ese vacío que la voz en tanto que distinta de las sonoridades, voz no modulada pero articulada, resuena. La voz de que se trata es la voz en cuanto imperativa, en cuanto reclama obediencia o convicción, en cuanto se sitúa, no en relación con la música, sino en relación con la palabra.

J. Lacan

¿Por qué tiene efectos una intervención? Porque sucede en transferencia. La propuesta de Lacan es pensarla como algo más que repetición. No solo se presentifican los significantes que marcan una historia, sino también, algo del más allá (lo Real en Lacan). Allí donde no hay palabras, surge la Tyche como la posibilidad de que algo nuevo pueda ser producido en la repetición. Lo nuevo no es un sentido, sino un sujeto. Para que esto sea posible la posición del analista es fundamental. Cuando el analista ocupa el lugar de semejante, otro especular en espejo, lo que se obtiene es el amor como intento de un encuentro totalizante, o la lucha a muerte, donde la transferencia se aplasta en la simple repetición de lo igual. Aquí la interpretación para Lacan puede entenderse como una violencia implícita, reducción del otro a una función correlativa del yo del sujeto (1954). Si el analista se ubica en lugar de un Otro absoluto poseedor de todo el saber (todos los significantes) la respuesta del sujeto será el acting o el pasaje al acto, en tanto queda siendo él, el objeto resto que no se ha desprendido del Otro. El analista deberá encarnar el lugar de ese resto, para que del lado del sujeto surja el deseo que lo constituye como tal.

Viñeta clínica. La Violencia

Pedro comienza su tratamiento con 24 años de edad por una fuerte depresión. Su carita angelical, rubio; ojos claros, contrasta con su físico bien desarrollado. El se describe como pudiendo ser un santo o el mismo diablo. Durante el primer año, no puede respetar los encuadres del dispositivo sosteniendo actitudes perversas y psicopáticas. Contrariamente a lo dicho, acepta la primera pauta del tratamiento, que fue, dado sus complicados horarios, que él no tendría horario fijo, nos veríamos dos veces por semana, pero debería encargarse él de ello, llegando a concurrir alguna vez a las 7 de la mañana. A los problemas de horarios se suman los económicos dado que una y otra vez termina siendo echado de los trabajos por pelear con sus jefes. No pelea con su padre bonachón porque vive en el Paraguay, pero si pelea con su madre (mujer hiperpulcra, y autosuficiente) y más violentamente pelea con K, su novia, a quien llega a pegarle por jugar ella con sus celos. Respecto a la violencia física dirá “No entendés que le gusta”. Vocifera respecto de ella los peores adjetivos. Le digo: “Parece que amas donde no hay nada que amar”. A lo cual responde: “Es como amar a una puta, nada que amar”. Surge entonces la pregunta “¿Hasta dónde se puede amar lo peor del otro?”. Pedro está atrapado en el registro imaginario, donde se debe amar todo u odiar en la misma medida, hasta matar. Así son las relaciones que sostiene con todos los otros. Allí busca en el analista el reconocimiento, una mirada que lo

sostenga ante la aniquilación que sufre el yo cuando se siente abandonado por ese Otro absoluto, a quien sostiene para no perder las garantías. Para sostenerlo se hace objeto con la consecuencia inevitable: el Acting-out. Si el analista no encuentra la forma de correrse de la relación de yo a yo, la ocurrencia que se le despierte, solo podrá leerse como contratransferencia en el sentido de resistencia del analista. Ubicar la nada a la que se ama, permite ir al encuentro de un objeto oculto en lo imaginario, presente en el discurso cuando se ingresa en el orden simbólico. La pregunta que origina marca el camino de una transferencia impregnada de lo imaginario.

La Transferencia

Me dice un día: “Se me ocurrió que podía venir y decirte: maté a una mujer y pedirte que me escondas apuntándote con una pistola. Me dirías: entregate, todo tiene límites. ¿Cagaría la relación con vos? Ves qué violento que soy, hijo de puta no me querés atender más”. Intento dejar en discurso lo que se lleva a cabo como mostración dirigida al Otro, por una vía diferente a la palabra fuera de la transferencia. ¿Quién soy sino aquel a quien se pide el amor incondicional? A quien se pone a prueba. ¿Cómo barrar al Otro para ingresar al orden simbólico?

El Tratamiento

Por ahora el recurso es el constante acting, el cual no es posible de interpretar. La violencia con K se acompañada de llamados telefónicos, en los que me hace testigo de lo que sucede en las peleas. Si el analista aconseja, reta, prohíbe o consuela... si actúa cual simple semejante el paciente mata. Hablo con él, con ella, se tranquilizan. Cuál es la virtud de esa voz, que del otro lado del teléfono logra poner un límite, momentáneo, a la pulsión thanática. ¿Es la virtud del amor de transferencia? ¿Se resuelve la pulsión vías el amor? O habremos de conceptualizar algo en más a esa relación imaginaria de yo a yo.

Avanzado el tratamiento, al intentar golpear a su madre, se le pide que abandone la casa. Las crisis de violencia terminan después de una sesión en la cual, en medio de llantos descubre que su madre nunca pudo ser feliz. ¿Podemos entender allí la pérdida que nos ingrese al registro del simbólico? Por entonces comienzan tiempos de rupturas con K. Cae entonces en una profunda depresión, donde los llamados toman la forma de amenazas de suicidio, que terminan después de muchos llamados cuando una vez le digo muy enojado en el teléfono: “Qué sabes vos, de lo que es matarse, no quiero que hables más, de cosas de las que no tenés la menor idea”. ¿Por qué me enojo, le grito y lo reto? ¿Se trata de la contratransferencia? H. Racker entiende la relación del analista con el analizado como una relación libidinal y una constante vivencia afectiva, donde los deseos, las frustraciones y las angustias no solo son las del paciente sino también las del analista y son reales. Dirá Lacan avanzadas sus enseñanzas, que la contratransferencia está bien, si se la entiende como aquello que se produce cuando lo Real toca al analista. El más allá entonces se ha presentado con pocos velos. Allí el acto que por fin pone coto a una pulsión. Pedro no vuelve a amenazar con matarse ni matar nunca más.

Dice un día “El amor es sufrimiento, no hay alternativa”. Me mira y dice: “Vos parecés Columbo¹. Me gusta Columbo, siempre saca otra posibilidad”. Y agrega “Yo podría ser un buen psicólogo”. La identificación al analista en función de lo que le gusta: Columbo, identificación a un deseo, Deseo del analista, es donde se le permite encontrar

1 Antihéroe de serie de TV.

un camino distinto. Deseos que testimonian que la transferencia se ha elevado a lo simbólico. En otra sesión dice de su ex: “Es una puta cogió con Dios y yo soy el boludo de José”. Remito el dicho a la aparición de un padre. No entiende. Corto la sesión. A la sesión siguiente cuenta cómo el padre se bancó vivir con sus abuelos, y agrega “no había amor, se separan y después se reglan”, intervengo diciendo: “Hay que separarse para que haya una regla”. Recuerda que sus padres se separan y se juntan por él. Viene sesiones después, no pudiendo contar algo, le da mucha vergüenza. Tiró la plata pagando a una puta fea sin ganas de coger. Le hago una pregunta de tirar la plata. Empieza a contar algo de su ex novia. No lo dejo. Se enoja. Corto la sesión. El corte abre un espacio diferente. No es el vínculo ni la alteridad. El objeto pagado al Otro: pene adosado a una mujer, puede desprenderse, para instituir un objeto intercambiable que se pone a circular. Ingreso a la dialéctica fálica. A la sesión siguiente habla del suicidio de un profesor que lo apadrinaba. Recuerda las últimas palabras de su profesor “Extraño la voz de mi padre”. Le digo “Él existió”. Responde “Mi novia no existió, son cosas que yo puse en ella. Estoy enfermo al pedo, al fin y al cabo no es nada”. Mira alrededor y pregunta “¿Está todo más limpio, o soy yo? Necesito limpiarme quiero horario fijo”. Pedro continúa su tratamiento cual obsesivo típico. Pide el alta cuando se encuentra agotada la transferencia. Me llama por error un año más tarde y me cuenta que ha comenzado otro tratamiento. Me llama unos meses después y pide una entrevista en la cual solo me da las gracias y se retira. Lo encuentro meses más tarde y me cuenta lo contento que está y me dice “Estás más gordo”.

Conclusiones

Si H. Racker piensa al análisis como el constante análisis del analista, en el sentido de la contratransferencia, Lacan piensa al sujeto de análisis como en constante relación a un Otro, barrado o no que ya no son, ni sus padres ni su madre, sino la misma estructura discursiva. Pero esto no invalida la pregunta “¿Quién soy?” del lado del analista, que se lee en Lacan, como un “¿De qué me quiere?” del lado del paciente. Tesis: Cada una de las intervenciones, aunque vanas, hechas en el teléfono o el diván, tendrán efecto si tocan lo Real de tal manera de conmover un sujeto. ¿En lo Real qué es un analista? El analista es parte de la cadena discursiva, de la estructura del inconsciente, pero también diré es Tyche, lo que hay detrás de una voz.

Resumen

Lacan propone pensar la transferencia como algo más que repetición. Donde no hay palabras, surge la Tyche como la posibilidad de una nueva producción. La posición del analista es fundamental. Desde el lugar de semejante, lo que se obtiene es el amor, o la lucha a muerte, donde la transferencia se aplasta en la simple repetición de lo igual. Desde el lugar de un Otro absoluto poseedor de todo el saber, la respuesta del sujeto será el acting o el pasaje al acto, en tanto queda siendo él, el resto que no se ha desprendido. El analista deberá encarnar el lugar de ese resto, para que del lado del sujeto surja el deseo que lo constituye como tal. Una viñeta clínica nos muestra alguno de los avatares de la práctica de estas teorizaciones.

Bibliografía

S. Freud. (1912 a). Dinámica de la Transferencia. A. E., XII. Buenos Aires, Amarrortu Editores 1979.
S. Freud. (1912 b). Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa. A. E., XII. Buenos Aires, Amarrortu Editores 1979.

- S. Freud. (1915 [1917]) Duelo y melancolía. A. E., XII. Buenos Aires, Amarrortu Editores 1979.
- S. Freud. (1919-1920 [1920]). Más allá del principio del placer. A. E., XVIII. Buenos Aires, Amarrortu Editores 1979.
- J. Lacan. (1981) Los escritos técnicos de Freud. (Dictado en 1954). Ed. Paidós
- J. Lacan. (1983) Seminario 2. (Dictado en 1956). Ed. Paidós
- J. Lacan. (2008) La Angustia. (Dictado en 1962). Ed. Paidós
- J. Lacan. (2006) Los Cuatro Conceptos Fundamentales. (Dictado en 1963). Ed. Paidós
- J. Lacan. (2008) De Otro al otro. (Dictado en 1968). Ed. Paidós
- J. Lacan. (2008). Los Incautos no Yerran. (Dictado en 1974). Ed. Paidós
- H. Racker. (1960). Estudios Sobre Técnica Psicoanalítica, Ed. Paidós

Tyche.

Entre os avatares de uma transferência

*Lic. Mauricio Zulián**

...é nesse vazio que a voz, embora diferente da sonoridade, voz não modulada, mas articulada, ressoa. A voz de que se trata é a voz imperativa, a voz que exige obediência ou convicção, que se situa não em relação com a música, mas em relação com a palavra.

J. Lacan

Por que uma intervenção tem efeitos? Porque sucede em transferência. A proposta de Lacan é pensá-la como algo mais que repetição. Não só estão presentes os significantes que marcam uma história, porém também algo mais, algo que vai além (o Real em Lacan). Aí onde não existem palavras surge a Tyche como a possibilidade de que algo novo possa ser produzido na repetição. O novo não é apenas um sentido é um sujeito. Para que isto seja possível a posição do analista é fundamental. Quando o analista toma o lugar do seu semelhante, outro especular no espelho, o que se obtém é o amor como uma tentativa de um encontro totalizador, ou uma luta feroz, onde a transferência é esmagada pela simples repetição. Lacan interpreta isso como uma violência implícita, redução do outro a uma função correlativa do ego do sujeito (1954). Se o analista se coloca no lugar do Outro absoluto, possuidor de todo o saber (todos os significantes) a resposta do sujeito será o “acting” ou a passagem para a ação, sendo ele, o objeto-resto que não se desprende do Outro. O analista deverá assumir o lugar desse resto, para que do lado do sujeito surja o desejo que o constitui como tal.

Vinheta clínica. A violência

Pedro começa seu tratamento aos 24 anos devido a uma forte depressão. Seu rosto angelical, cabelos loiros, olhos claros faz contraste com seu físico bem desenvolvido. Ele se descreve dizendo que pode ser um santo ou até o mesmo o próprio diabo. Durante o primeiro ano não pôde respeitar os enquadramentos do dispositivo manifestando atitudes perversas e psicopáticas. Contrariamente ao que foi dito aceita a primeira pauta do tratamento que, por causa do seu horário muito complicado, não teria horário fixo, nos veríamos duas vezes por semana, mas ele mesmo deveria encarregar-se disso, tendo que, algumas vezes, vir às 7 da manhã. Ao problema de horário se somam os problemas econômicos, porque muitas vezes acaba sendo expulso do emprego por brigar com seus chefes. Não briga com seu pai, que é um homem bom e porque mora no Paraguai, mas briga com sua mãe (mulher superpulcra e auto-suficiente), porém, briga violentamente com K, sua namorada, inclusive bate nela porque ela brinca com seus ciúmes. A respeito da violência física comenta: “Você não entende, ela gosta disso”. Refere-se a ela usando os piores adjetivos. Digo para ele: “Parece que você ama onde não tem nada para amar”. Ele responde: “É como amar a uma puta, não há nada para amar”. Surge então a pergunta:

“Até que ponto se pode amar o pior do outro?” Pedro está preso no registro imaginário, onde se deve amar tudo ou odiar na mesma medida, até matar. Assim são as relações que mantém com todas as outras pessoas. É aí onde busca o reconhecimento do analista, um olhar que o apóie diante da aniquilação que o ego sofre quando se sente abandonado por esse Outro absoluto, a quem escora para não perder a garantia. Para sustentá-lo se torna objeto com a inevitável consequência: o “acting-out”. Se o analista não encontra a forma de afastar-se da relação eu x eu, o que ele imagina nesse momento só poderá ser lido como contratransferência no sentido de resistência do analista. Identificar o nada a que se ama permite ir ao encontro de um objeto oculto no imaginário, presente no discurso quando se ingressa na ordem simbólica. A pergunta que surge marca o caminho de uma transferência impregnada do imaginário.

Transferência

Um dia me diz: “Pensei que podia vir apontar-lhe uma pistola e dizer: matei uma mulher e quero que me esconda. Você me diria: Entregue-se, tudo tem limite. Isso arruinaria a nossa relação? Veja que violento que sou filho da puta você não quer me atender mais”. Tento deixar em discurso o que é levado a cabo como demonstração dirigida ao Outro, por uma via diferente à palavra fora da transferência. Quem sou senão aquele a quem se pede amor incondicional? Quem é posto à prova. Como impedir ao Outro de ingressar à ordem simbólica?

Tratamento

Por enquanto o recurso é o “acting” constante, o qual é impossível de ser interpretado. A violência com K é acompanhada de ligações telefônicas, onde acabo sendo testemunha do que acontece durante as suas brigas. Se o analista dá conselhos, repreende, proíbe ou consola... se age como simples semelhante, o paciente mata. Falo com ele, com ela, se tranquilizam. Qual é a virtude dessa voz, que do outro lado do telefone consegue pôr um limite momentâneo à pulsão thanática. É a virtude do amor da transferência? A pulsão se resolve através do amor? Ou devemos conceitualizar algo mais dessa relação imaginária do eu x eu.

Com um tratamento já avançado ao tentar bater na sua mãe, pede-se que abandone a casa. As crises de violência terminam depois de uma sessão, na qual, aos prantos, descobre que sua mãe nunca pôde ser feliz. Podemos entender aí a perda para ingressarmos ao registro do simbólico? É nesse momento que tem início uma separação com K. Entra em uma profunda depressão, onde os telefonemas passam a ser ameaças de suicídio. Estes telefonemas, que foram muitos, só terminam quando, uma vez muito zangado, lhe digo por telefone: “O que você sabe sobre matar-se, não quero que você fale mais disso, de coisas que você nem sequer tem a menor idéia”. Por que fico zangado, grito e o repreendo? Trata-se da contratransferência? H. Racker compreende a relação do analista com o analisado como uma relação libidinal e uma vivência afetiva constante, onde os desejos, as frustrações e as angústias não só são as do paciente, mas também as do analista e são reais. Lacan dirá, com seus ensinamentos avançados, que a contratransferência está bem, se é entendida como aquilo que se produz quando o Real é sentido pelo analista. Esse algo mais apareceu com pouco encobrimento. Eis aí o ato que finalmente põe fim a uma pulsão. Pedro não faz mais ameaças de que vai se suicidar e não vai matar nunca mais.

Um dia, diz. “O amor é sofrimento, não há escapatória”. Olha para mim e diz: “Você parece Colombo¹. Gosto de Colombo, sempre encontra outra possibilidade”. E acrescenta: “Eu poderia ser um bom psicólogo”. A identificação com o analista em função do que ele gosta: Colombo, identificação a um desejo, desejo do analista, é onde lhe é permitido encontrar um caminho diferente. Desejos que demonstram que a transferência foi elevada ao simbólico. Em outra sessão fala de sua ex-namorada: “É uma puta, transou com Deus e eu sou o idiota do José”. Relaciono o que disse com o aparecimento de um pai. Não entende. Interrompo a sessão. Na seguinte sessão conta como seu pai agüentou morar com seus avôs e comenta: “não havia amor, se separam e depois voltam a ficar juntos”, intervenho dizendo: “É preciso se separar para que haja uma regra”. Lembra que seus pais se separaram e voltam a ficar juntos por causa dele. Continuam as sessões, não consegue contar uma coisa, sente muita vergonha. Gastou dinheiro pagando a uma puta feia que não tinha vontade de fazer o amor. Faço uma pergunta sobre gastar dinheiro. Começa a contar sobre a sua ex-namorada. Não permito. Fica zangado. Interrompo a sessão. Essa interrupção abre um espaço diferente. Não é o vínculo nem a alteridade. O objeto pago ao Outro: pênis adossado a uma mulher, pode se desprender para instituir um objeto intercambiável que começa a circular. Ingresso à dialética fálica. Na seguinte sessão fala sobre o suicídio de um professor que o orientava. Lembra das suas últimas palavras: “Sinto saudade da voz de meu pai”. Digo para ele: “Ele existiu”. Responde: “Minha namorada não existiu, são coisas que imaginei. Estou doente sem necessidade, afinal não é nada”. Olha para os lados e pergunta: “Tudo está mais limpo aqui ou sou eu? Necessito me limpar, quero um horário fixo”. Pedro continua seu tratamento como um típico obsessivo. Pede alta quando a transferência já está esgotada. Por engano, me telefona um ano mais tarde e me conta que começou outro tratamento. Alguns meses depois, liga novamente e pede uma entrevista na qual só me diz obrigado e se retira. Alguns meses mais tarde o encontro e me conta que está muito contente e diz: “Você está mais gordo”.

Conclusão

Se H. Racker pensa a análise como a constante análise do analista, no sentido da contratransferência, Lacan pensa o sujeito da análise em constante relação com um Outro, barrado ou não, que já nem é seu pai nem sua mãe, senão a própria estrutura discursiva. Mas isto não anula a pergunta por parte do analista, “Quem sou eu?” que se lê em Lacan e, “De que forma me quer?” por parte do paciente. Tese: cada uma das intervenções, embora vãs, feitas ao telefone ou no divã, terão efeito se tocam o Real de tal maneira que comovam um sujeito. No Real o que é um analista? O analista é parte da cadeia discursiva, da estrutura do inconsciente, mas também direi é Tyche, o que existe detrás de uma voz.

Resumo

Lacan propõe pensar a transferência como algo mais que a repetição. Onde não existem palavras surge a Tyche como possibilidade de uma nova produção. A posição do analista é fundamental. No lugar do semelhante o que se obtém é o amor ou uma luta feroz, onde a transferência é esmagada pela simples repetição. Do lugar de um Outro absoluto, possuidor de todo o saber, a resposta do sujeito será o “acting” ou a passagem à ação, sendo ele, o resto que não se desprende. O analista deverá incorporar o lugar desse resto, para que do lado do sujeito surja o desejo que o constitui como tal. Uma vinheta clínica nos mostra alguns dos avatares da prática destas teorizações.

¹ Anti-herói de uma série de TV.

Bibliografía

- S. Freud. (1912 a). Dinámica de la Transferencia. A. E., XII. Buenos Aires, Amarrortu Editores 1979.
- S. Freud. (1912 b). Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa. A. E., XII. Buenos Aires, Amarrortu Editores 1979.
- S. Freud. (1915 [1917]) Duelo y melancolía. A. E., XII. Buenos Aires, Amarrortu Editores 1979.
- S. Freud. (1919-1920 [1920]). Más allá del principio del placer. A. E., XVIII. Buenos Aires, Amarrortu Editores 1979.
- J. Lacan. (1981) Los escritos técnicos de Freud. (Dictado en 1954). Ed. Paidós
- J. Lacan. (1983) Seminario 2. (Dictado en 1956). Ed. Paidós
- J. Lacan. (2008) La Angustia. (Dictado en 1962). Ed. Paidós
- J. Lacan. (2006) Los Cuatro Conceptos Fundamentales. (Dictado en 1963). Ed. Paidós
- J. Lacan. (2008) De Otro al otro. (Dictado en 1968). Ed. Paidós
- J. Lacan. (2008). Los Incautos no Yerran. (Dictado en 1974). Ed. Paidós
- H. Racker. (1960). Estudios Sobre Técnica Psicoanalítica, Ed. Paidós

Primero el vínculo, después, la transferencia

*Gustavo Fuentes Fuentes**

Olga se entera de la Fundación por medio de SAPTEL¹. Llama para concertar cita, queda anotada en la lista de espera y pasa un tiempo. Yo llamo para preguntar por su sobrino, Olga había llamado para que también lo anotaran en la lista de espera, porque ella considera que necesita atención. Al llamar al sobrino de Olga, es ella quien contesta el teléfono y, reclamando, me dice que ella había llamado primero y que por qué no le han dado cita.

Yo le pregunto si quiere tener una entrevista, dice que sí, sin embargo, con muchas dificultades concertamos el horario de la primera entrevista. Al llegar, lo primero que dice en forma de reclamo es lo siguiente: “Antes que nada, yo quiero saber que va a pasar con mi sobrino. Porque me siento mal de venir en su lugar, porque esta cita era para él.”

La primera entrevista estuvo enmarcada por el reclamo, reclamo que se extendió y se mantuvo presente de manera constante en el primer año. Olga pide análisis porque sus padres no le enseñaron a amar, a querer. Habla de que su padre era duro, golpeador y borracho.

Me parece importante hablar de éste primer encuentro con Olga donde el reclamo desde la primera entrevista dejaba ver ya algo del orden de la agresión.

En el texto “Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico” Freud dice lo siguiente: “Cuando el médico lleva a cabo el tratamiento psicoanalítico de un neurótico, su interés en modo alguno se dirige en primer término al carácter de éste. Mucho más le interesa averiguar el significado de sus síntomas, las mociones pulsionales que se ocultan tras ellos y que por su intermedio se satisfacen, y las estaciones del secreto camino que ha llevado de aquellos deseos pulsionales a estos síntomas. Pero la técnica que le es forzoso obedecer lo obliga pronto a dirigir su apetito de saber primeramente a otros objetos. Nota que su investigación es puesta en peligro por resistencias que el enfermo le opone, y le está permitido imputar tales resistencias al carácter de éste.” (1)

Olga antes de asistir conmigo, tuvo dos experiencias de análisis. En la primera ocasión dejó de asistir porque su analista le dijo que tenía que ir tres veces por semana, ella no estuvo de acuerdo. Tiempo después regresó a la misma institución donde tuvo esta primera experiencia y le asignaron a un terapeuta ciego: ella dejó de ir porque le daba tristeza verlo, además de que para ella era muy importante que la vieran. Esto lo mencionó a la pregunta de si estuvo en diván. En alguna ocasión la pasaron a diván y no le gustó, porque, decía Olga, “para mí es muy importante que me vean, yo no tuve quien me pusiera atención, mi madre tenía 45 años cuando yo nací. Soy la más pequeña y por eso mi madre no me prestó atención.” Habla de que tiene muchos problemas con sus hermanas, sin embargo, pasará tiempo para que hable de ellos.

Olga se considera como la única de su familia que ha visto el Psicoanálisis como una posibilidad para estar mejor. Argumenta que su familia tiene muchos problemas y no quieren ocuparse de ellos. Habla brevemente de su padre, dice que fue un hombre muy duro, además, era alcohólico. Sin embargo, al interrogarla sobre su padre, su madre, su

¹ SAPTEL: Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono (México)

historia en general, mantuvo siempre a lo largo del primer año de trabajo una actitud defensiva, y no tardaría en decirme que ella sentía que yo era muy brusco con mis comentarios y permanentemente tenía la sensación de que yo la criticaría por lo que ella dijera.

A lo anterior, Olga asocia lo siguiente: “Siempre fui agredida, nulificada, y por consecuencia insegura, y todo lo que me sucede es por culpa de mi padre.” Al referirse a su padre es lo único que dice y durante los primeros meses lo culpa de todo. No había posibilidad para el cuestionamiento.

Regresemos al texto de Freud antes citado para identificar lo que él denomina como pacientes de excepción, escribe Freud: “Dicen que han sufrido y se han privado bastante, que tienen derecho a que se los excuse de ulteriores requerimientos, y que no se someten más a ninguna necesidad desagradable pues ellos son excepciones y piensan seguir siéndolo. En un enfermo de éste tipo, esa pretensión se extremaba hasta el convencimiento de que una Providencia particular, que lo protegería de semejantes sacrificios dolorosos, velaba por él. En contra de certidumbres interiores que se exteriorizan con esa fuerza, los argumentos del médico nada consiguen, pero también su influencia fracasa al comienzo, por lo cual se ve llevado a rastrear las fuentes de que se alimenta éste dañino prejuicio.” (2)

En un inicio, Olga se presenta como paciente de excepción, que me mantiene en la imposibilidad de cuestionar o señalar algo, porque inmediatamente surge su rebeldía, enarbolada a través de la agresión.

Olga aparece en la lista de espera con la edad de 37 años, después me dice que tiene 50 años. Habla en alguna entrevista de que su padre falleció a los 98 años, menciona dos fechas distintas respecto al nacimiento de su padre. Me habla de que su padre habría fallecido hace tres años, después que hace dos años y luego que hace año y medio, esto en distintas entrevistas. Manifiesta no haber tenido hijos porque cree que no estaba preparada para tenerlos y educarlos, sobre todo le da mucho miedo que ella les transmita todo lo malo que hay en su familia. Al cuestionarla sobre la disparidad de las fechas se enoja muchísimo y dice lo siguiente: “Me siento incómoda porque pienso que usted me va a criticar y por eso no digo muchas cosas.” Al surgir en su discurso éstas dificultades para ubicar las fechas, pienso en la importancia que otorga Freud a la relación entre las amnesias del neurótico y la génesis de sus síntomas.

En cada ocasión en que la cuestionaba aparecía en ella invariablemente una actitud defensiva, descalificando cualquier intervención de mi parte que la implicara en lo que le sucedía. En esas ocasiones su comentario era el siguiente: “Lo que usted me dice, no es así, usted siempre se va por otro lado.” Al señalarle y hacerle evidente lo anterior, comienza hablar de la rigidez de sus hermanas, dice que no quieren cambiar, no les gusta que les digan sus verdades, no pueden hablar entre ellas porque se enojan y siempre terminan mal. Cuando la cuestiono sobre que hay de ella en todo esto, da la impresión de que no escucha, pasan varias entrevistas para que conteste alguna pregunta que yo le hiciera.

Comienza hablando de ella a través de su cuerpo y de la dificultad para poner en palabras sus pensamientos. Una gastritis que no sólo le impide disfrutar de sus platillos favoritos sino que la ha llevado a realizar un periplo con distintos médicos donde el resultado es la queja por la falta de profesionalismo de los doctores al no curarla: no demorará en dirigir esa queja hacia mí durante varios meses de forma continua, amenazando con abandonar su tratamiento porque yo no he sido capaz de quitarle su gastritis.

Intenta explicar su gastritis de una manera racional, describe todo el proceso que tiene lugar en el organismo cada vez que ella tiene un periodo crítico, incluso a través de

la endoscopia a la que se somete. A través de éste método invasivo logra, como ella dice, mirar hacia dentro. Mientras tanto el afecto que se vincula con cada uno de los episodios donde se presenta esta segregación excesiva de jugos gástricos se mantiene al margen.

La enorme dificultad que tiene Olga para poner en palabras sus pensamientos pareciera tener relación con la rabia y resentimiento que siente hacia su padre y hermanas; también algo de éste resentimiento se dirige hacia su esposo. Olga se queja de que no la entiende porque ella le dice que lea cosas interesantes como el psicoanálisis, y no las cosas que el acostumbra, como la Biblia y los doce pasos de los alcohólicos anónimos, grupo al que pertenece el esposo de Olga.

El padre de Olga deja como herencia una casa para cuatro hermanas. A su muerte, los conflictos entre ellas se desataron, Olga y su esposo viven en ésta casa junto con una de las hermanas, los conflictos se presentan de manera cotidiana. Olga tiene un hermano médico que, al parecer, recibió la ayuda exclusiva de su padre para hacer su carrera y tener una casa propia.

En el primer año de trabajo, la agresión se constituyó en el obstáculo principal para el avance en el trabajo analítico, amenazando constantemente con su interrupción.

Después de algunas entrevistas, hablamos de la posibilidad de vernos dos veces por semana. La primera vez que asiste dos veces por semana dice lo siguiente: “Me fastidia mucho estar con una persona durante mucho tiempo.”

El primer sueño que lleva es el siguiente: “Veo que hay un accidente. Muy parecido al que tuvo una de mis hermanas años atrás. En el accidente que estoy viendo en el sueño se encuentra un niño. Está muy mal, tiene abierta la cabeza y lo que más me impacta es que cuando me acerco a ayudar el niño me muerde la mano.” Éste sueño y otros, la llenan de angustia, no quiere hablar de ellos. La angustia se manifiesta rechazando cualquier invitación de mi parte a la libre asociación, sin embargo, algo dice respecto a su sueño: “Ese niño que está desvalido es como la actitud de mi hermana, porque al verla enferma, yo intento ayudarla y su respuesta es agresiva.” Olga se presenta en transferencia como un niño herido y desvalido que muerde a cualquiera que intente acercarse demasiado.

En la última entrevista antes de un periodo de vacaciones, Olga habla de manera más directa sobre sus emociones implicadas en el pleito con sus hermanas, al final dice: “Me siento mareada, todo esto me enferma.” No se presenta a la primera entrevista regresando de vacaciones; a la siguiente se queja de que la pasó muy mal en este tiempo por lo de su gastritis, me pregunta si recibí su mensaje, le contesto que no, y entonces me explica que le pidió a su sobrino que llamara por teléfono para avisar que no asistiría a su sesión, pero no se acordaba como me llamaba yo y, además, se da cuenta en ese momento que le dio el teléfono de la institución a la que asistió anteriormente. Con el olvido de mi nombre y el lapsus de dar un teléfono equivocado, el acto da cuenta del inconsciente, manifiesta en transferencia su agresión, nulifica su espacio analítico, hace en él lo que dice hicieron con ella, pareciera repetir lo mismo que, dice, le hizo su padre. Pienso en la actualización del conflicto y despusete de la transferencia, como lo señala Freud en la vigésima séptima conferencia de introducción al Psicoanálisis: “La enfermedad del paciente a quien tomamos bajo análisis no es algo terminado, congelado, sino que sigue creciendo y su desarrollo prosigue como el de un ser viviente. La iniciación del tratamiento no pone fin a ese desarrollo, pero cuando la cura se ha apoderado del enfermo, sucede que toda la producción nueva de la enfermedad se concentra en un único lugar, a saber, la relación con el médico.”(3) A propósito de la relación entre analista y analizante, podríamos pensar en la formulación que hace Lacan: “La Transferencia, es la puesta en acto de la realidad del inconsciente.”

Al ir poniendo palabras a sus emociones y pensamientos el trabajo va tomando otro rumbo. Parece ir abandonando poco a poco el desplazamiento del afecto, sin embargo se mantienen inconscientes las representaciones que se traducen en imágenes y recuerdos ligados a una pulsión. Comienza a vincular su gastritis con las tensiones y resentimientos que tiene hacia sus hermanas, la siguiente asociación da cuenta de las dificultades para poder hablar: “Mi casa, es como la película del Castillo de la pureza, porque ahí pasaban muchas cosas que no se tenían que saber afuera.” A la siguiente entrevista habla de un sueño: “Soñé que estaba con mis hermanas, y ellas no me permiten ver unas fotos, entonces mi hermana me grita, mi hermana tiene una bolsa de pan, yo le digo que no me grite, y entonces mi hermana reacciona y me dice que no me enoje y me abraza. Cosa que no sucede en la vida real, porque hay algo que no le he dicho, mis hermanas y yo, no nos tocamos.”

La posición de permanecer resguardada en un castillo, y el ser intocable como cualquiera de sus hermanas, comienza a desvanecerse, con una alta dosis de angustia pareciera que Olga, intenta moverse de este lugar. Surge otro sueño: “Soñé con usted. Soñé que usted entraba en mi recámara y veía mis cajones. Y yo le decía, esos son los de mi esposo. Me da mucha pena, porque es la intimidad, porque son cosas personales, siento como si quedara expuesta.” Al comenzar a poner en palabras esta amenaza de sentirse expuesta, permite que la agresión que opera como obstáculo, ceda por un tiempo y logremos avanzar un poco, hasta encontrar de frente un nuevo escollo transferencial que surgió de ésta manera:

“Me siento muy enferma, estoy fastidiada de sentirme así. Desde que vengo aquí me enfermo más. Yo no quiero enfermarme. Quiero hacerle una pregunta, ¿Cuándo puedo venir una vez por semana? Quiero que me diga hasta cuando, para saber si voy a tener un tratamiento exitoso. No me gusta estar enferma. Contésteme mi pregunta, porqué no me contesta, además tengo problemas económicos, no administré mi dinero bien y no puedo pagar dos sesiones a la semana, no me gusta quedar a deber. No se quede callado y mirándome, dígame algo, ya sé lo que va a decir, nos vemos la siguiente. ¿ Por qué en cualquier tratamiento le dicen a la gente como va, por qué aquí no?”

A la siguiente entrevista comienza diciendo: “Estoy muy enojada con usted, porque tuvo una actitud muy grosera conmigo, no me contestó lo que yo le pregunté, además no me dice si voy a tener un tratamiento exitoso, con esta ya van tres veces que me hace enojar muchísimo, la primera porque yo no recordé lo de las edades y las fechas, la segunda porque usted con sus comentarios siempre se va por otro lado, y la tercera, ahora. Le voy a decir algo, porque no me voy a quedar así, con algo que siento y que estoy pensando. Usted, a veces, me recuerda a mi padre, porque es injusto, no se puede transigir, es nada más lo que usted dice, no hay oportunidad de hablar, se portó de una manera muy sangrona.”

En éste contexto surge la pregunta: ¿Y qué le recuerdo de su padre?

La agresión resguarda el silencio que prevalece sobre su casa, su historia, y su madre, elementos que aparecen metafóricamente representados en la alusión que hace a la película del “Castillo de la Pureza”. Silencio, secretos, madre, padre, hermanas, hermano, significantes que se desplazan metonímicamente en transferencia, haciendo síntoma que se presenta como el enigma a descifrar, sólo que para trabajar en el desciframiento de los síntomas era y es necesario poner en palabras lo que aparece a través del siguiente sueño:

“Tuve varias dificultades durante el día, discutí con algunas personas, después, en la noche, soñé que estaba en un lugar, como un lago, donde están unos cocodrilos, se ven muy feos, con sus dientes. Me da miedo, pienso que mi sueño tiene que ver con el hecho

de que yo puedo ser muy peligrosa, conmigo y con los demás, puedo ser muy agresiva, hacer daño y hacerme daño.”

La agresión en las entrevistas preliminares ha funcionado como obstáculo, sin embargo, puede operar al mismo tiempo en transferencia como vehículo para formular la pregunta que la implique subjetivamente en lo que le sucede, enigma a descifrar, es decir, el síntoma analítico.

Resumen

“El vínculo, después, la transferencia” es una ilustración clínica de cómo se instaura a través de la relación con el terapeuta, la imagen fantasmática del Otro. La alteridad se presenta desde un lugar de profunda desconfianza. Desde esta vecindad con la paranoia, se construye un vínculo transferencial que puede abrir la puerta para el inicio de un Psicoanálisis.

Bibliografía

1. Freud, S. (1916). “Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico.” En, Tomo XIV Obras completas. Amorrortu. Argentina,
2. Idem.
3. Freud, S. (1916). 27 Conferencia de Introducción al Psicoanálisis. “La transferencia.” En, Tomo XVI Obras completas. Amorrortu. Argentina,
4. Lacan, J. (1960). “Posición del Inconsciente”. En, Escritos 2, Siglo Veintiuno. México.
5. Freud, S. (1900). “La interpretación de los sueños”. En, Tomo V Obras completas. Amorrortu. Argentina.
6. Película: “El castillo de la pureza” Guión: Arturo Ripstein y José Emilio Pacheco. Fotografía Alex Phillips. México 1972.

Primeiro o vínculo, depois, a transferência

*Gustavo Fuentes Fuentes**

Olga fica sabendo sobre a Fundação por meio de SAPTEL¹. Telefona para marcar uma consulta, fica na lista de espera e passa um tempo. Eu ligo para perguntar sobre o seu sobrinho. Olga havia ligado para que seu sobrinho também fosse colocado na lista de espera, porque ela achava que ele precisava de tratamento. Quando liguei para falar com o seu sobrinho é Olga quem atende ao telefone e ela reclama: me diz que ela havia ligado primeiro e queria saber por que ainda não lhe havia marcado uma consulta.

Pergunto-lhe se quer ter uma entrevista, diz que sim, mas, com muita dificuldade, conseguimos combinar o horário para a primeira entrevista. Ao chegar, a primeira coisa que diz como uma reclamação é o seguinte: “Em primeiro lugar, eu quero saber o que vai acontecer com meu sobrinho, me sinto mal de vir no lugar dele, porque esta entrevista era para ele.”

A primeira entrevista se caracterizou por reclamações, isto foi constante e se manteve presente durante o primeiro ano. Olga quer ser analisada porque seus pais não lhe ensinaram a amar, a gostar. Fala que seu pai era severo, bêbado e agressivo.

Acho importante falar do meu primeiro encontro com Olga, onde se percebia que a reclamação estava presente já na primeira entrevista e deixava transparecer sua agressividade.

No texto “Alguns tipos de caráter elucidados pelo trabalho psicanalítico” Freud diz o seguinte: “Quando o médico leva a cabo o tratamento psicanalítico de um neurótico, seu interesse, de nenhum modo, está dirigido em primeiro lugar ao caráter deste. Interessa-lhe muito mais averiguar o significado de seus sintomas, as moções pulsionais que se ocultam detrás deles e, que pelo seu intermédio, se satisfazem, e as etapas do caminho secreto que há ocasionado que àqueles desejos pulsionais chegassem a estes sintomas. Mas a técnica que se deve inevitavelmente obedecer logo o obriga a direcionar a sua ânsia de conhecer primeiramente outros objetos. Percebe que a sua investigação está em perigo devido às resistências que o doente impõe e lhe é permitido imputar tais resistências ao caráter dele.” (1)

Antes de Olga se tratar comigo passou por duas experiências de análise, na primeira vez deixa de ir porque seu analista lhe disse que tinha que ir três vezes por semana e ela não concordou. Um tempo depois volta à mesma instituição onde teve esta primeira experiência e ela é encaminhada a um terapeuta que é cego. Ela deixa de ir porque sentia tristeza ao vê-lo, além disso, para ela era muito importante que a vissem. Menciona isto quando lhe perguntam se esteve no divã, certa ocasião esteve no divã e não gostou, porque para mim, diz Olga. “É muito importante que me vejam, eu não tive quem me desse atenção, minha mãe tinha 45 anos quando nasci. Sou a mais nova e por isso minha mãe não me deu atenção. Comenta que tem muitos problemas com suas irmãs, passará muito tempo para que fale sobre elas.

Olga se considera como a única de sua família que percebeu que a psicanálise pode ser uma possibilidade para sentir-se melhor. Argumenta que sua família tem muitos

¹ SAPTEL: Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono (México)

problemas e não quer resolvê-los. Fala brevemente de seu pai, diz que foi um homem muito severo, além disso, era alcoolista. Mas quando perguntei sobre seu pai, sobre sua mãe, sobre a sua história, em geral, manteve sempre, durante todo o primeiro ano de trabalho, uma atitude defensiva, e não demoraria muito em me dizer que ela sentia que eu era muito bruto com meus comentários e permanentemente tinha a sensação de que eu a criticaria pelo que dissesse.

Anteriormente, Olga associa o seguinte: “Sempre fui agredida, me anularam e por isso sou insegura, tudo o que me acontece é por culpa de meu pai.” Quando se refere ao seu pai, é a única coisa que fala, durante os primeiros meses o culpa por tudo. Não havia possibilidade para questionamento.

Regressemos ao texto de Freud antes citado para identificar o que ele denomina como os pacientes de exceção: “Dizem que sofreram e que tiveram muitas privações, e que eles têm direito a que não lhe façam mais perguntas, e que não se submetam mais a nenhuma situação desagradável, pois eles são exceções e pensam continuar sendo. Em um doente deste tipo, essa pretensão se extremava até o convencimento de que uma providência particular o vigiava e o protegeria de semelhantes sacrifícios dolorosos. Pelo contrário, as certezas internas que se exteriorizam com essa força, os argumentos do médico nada consegue, mas também sua influência fracassa no início, por isso tem que rastrear as fontes onde se alimenta este preconceito daninho.” (2)

No início, Olga se apresenta como paciente de exceção, que me mantém na impossibilidade de questionar ou mostrar alguma coisa, porque imediatamente surge sua rebeldia demonstrada através da agressão.

Na lista de espera consta que Olga tem 37 anos de idade, depois me diz que tem 50 anos. Fala em uma sessão que seu pai faleceu aos 98 anos, menciona duas datas diferentes a respeito do nascimento de seu pai. Comenta que seu pai havia morrido há três anos, depois, que faz dois anos e logo que morreu há um ano e meio, isto em diferentes sessões. Comenta que não tem filhos porque acha que não está preparada para tê-los e educá-los, especialmente sente muito medo em transmitir o pior da sua família. Quando se perguntou sobre a disparidade das datas fica possessa e diz o seguinte: “Sinto-me mal porque acho que o senhor vai me criticar e por isso não digo muitas coisas”. Ao surgir em seu discurso estas dificuldades para localizar as datas, penso na importância que Freud dá à relação entre as amnésias do neurótico e a gênese de seus sintomas.

Sempre que era questionada, invariavelmente surgia uma atitude defensiva, desqualificando qualquer intervenção de minha parte que estivesse relacionada com o que lhe sucedia; nessas ocasiões seu comentário era o seguinte: “O que o senhor me diz, não é assim, sempre vai para outro lado”. Ao lhe mostrar e evidenciar o que foi dito anteriormente começa a falar sobre a severidade de suas irmãs, diz que elas não querem mudar, não gostam que lhes digam a verdade, não podem falar entre elas porque brigam e sempre termina mal. Quando pergunto sobre que tem que ver com tudo isso, dá a impressão de que não me escuta, passam várias sessões até responder alguma pergunta que lhe era feita.

Começa falando sobre ela através de seu corpo e da dificuldade para expressar seus pensamentos através das palavras. Tem uma gastrite que não só lhe impede desfrutar suas comidas favoritas, senão que a levou a realizar uma maratona indo a diferentes médicos, cujo resultado foi a queixa pela falta de profissionalismo dos doutores que não a curaram, não demorará em dirigir essa queixa a mim durante vários meses de forma contínua, ameaçando em abandonar seu tratamento porque eu não fui capaz de tirar sua gastrite.

Tenta explicar sua gastrite de uma maneira racional, descreve todo o processo que acontece no seu organismo cada vez que ela tem uma crise, inclusive a endoscopia a qual foi submetida. Através deste método invasor consegue, como ela disse, olhar para dentro, enquanto que o afeto que se vincula com cada um dos episódios onde se apresenta esta segregação excessiva de sucos gástricos é deixado de lado.

A maior dificuldade que Olga tem para expressar com palavras os seus pensamentos parece ter relação com a raiva e ressentimento que sente pelo seu pai e suas irmãs, também algo deste ressentimento está direcionado ao seu esposo. Olga se queixa de que não é entendida, ela diz para seu esposo que leia coisas interessantes como a psicanálise, e não as coisas que ele lê como a Bíblia e os doze passos dos alcoólicos anônimos, grupo do qual faz parte seu esposo.

O pai de Olga deixa como herança uma casa para quatro irmãs, quando ele morreu os conflitos entre elas se desata. Olga e seu esposo vivem nesta casa junto com uma das suas irmãs, os conflitos ocorrem quotidianamente. Olga tem um irmão médico, que aparentemente recebeu uma ajuda exclusiva de seu pai para fazer o curso e ter uma casa própria.

No primeiro ano de trabalho, a agressão constituiu-se no obstáculo principal para avançar no trabalho analítico, ela ameaça constantemente em interromper o tratamento.

Depois de algumas sessões falamos sobre a possibilidade de ver-nos duas vezes por semana. A primeira vez que vem duas vezes por semana diz o seguinte: “Sinto-me entediada ao estar com uma pessoa durante muito tempo.”

O primeiro sonho que comenta é o seguinte: “Vejo um acidente. É muito parecido ao que sofreu uma das minhas irmãs anos atrás. No acidente que estou vendo no sonho, encontra-se um menino, está muito mal, tem a cabeça aberta e o que mais me choca é que quando me aproximo para ajudá-lo o menino morde a minha mão”. Este sonho e outros a angustiam, não quer falar sobre eles, sua angústia é manifestada rechaçando qualquer convite de minha parte para a livre associação, entretanto comenta algo a respeito de seu sonho: “Esse menino que está desamparado é como a atitude de minha irmã, porque ao vê-la doente tento ajudá-la e sua resposta é agressiva”. Olga se apresenta em transferência, como um menino ferido e desamparado, que morde a qualquer pessoa que tenta se aproximar.

Na última entrevista antes das férias, Olga fala de forma mais direta sobre suas emoções relacionadas às brigas com suas irmãs, no final diz: “Me sinto tonta, tudo isto me deixa doente.” Não vem à primeira entrevista depois das férias, na seguinte se queixa que passou muito mal por causa da sua gastrite, me pergunta se recebi o seu recado, digo que não, e então me explica que pediu para seu sobrinho que telefonasse para avisar que não podia vir à sessão, mas não se lembrava como era meu nome, e, além disso, se dá conta, nesse momento, que deu o telefone da instituição a qual havia ido anteriormente. Ao esquecer meu nome e ao dar um telefone errado demonstra a ação do inconsciente, manifesta em transferência sua agressão, anula seu espaço analítico. Faz nele, o que diz que fizeram com ela, parece repetir o mesmo que diz, o que lhe fez seu pai, penso na atualização do conflito e despontar da transferência, como aponta Freud na vigésima sétima conferência de introdução à Psicanálise: “A doença do paciente a quem tomamos para análise não é algo terminado, congelado, senão que continua crescendo e seu desenvolvimento prossegue como o de um ser vivo. O início do tratamento não põe fim a esse desenvolvimento, mas quando a cura se apoderou do doente, acontece que toda a produção nova da doença concentra-se em um único lugar, ou seja, a relação com o médico.” (3) A propósito da relação entre analista e analisado, poderíamos pensar na formulação que faz Lacan: “A transferência é colocada no ato da realidade do inconsciente.”

Ao ir colocando palavras as suas emoções e pensamentos o trabalho vai tomando outro rumo. Parece ir abandonando, pouco a pouco, o deslocamento do afeto, porém, se mantêm inconscientes as representações que são traduzidas em imagens e lembranças ligadas a uma pulsão. Começa a vincular a sua gastrite com as tensões e ressentimentos que tem com suas irmãs, a seguinte associação dá conta das dificuldades para poder falar: “Minha casa é como o filme ‘O castelo da pureza’, porque aí aconteciam muitas coisas que não deviam ser conhecidas lá fora”. Na outra entrevista fala de um sonho: “Sonhei que estava com minhas irmãs e elas não me deixavam ver umas fotos. Então minha irmã grita, minha irmã tem uma bolsa de pão, eu digo que não grite comigo, ela reage e me diz para que não me zangue e me abraça. Isso não acontece na vida real, porque tem alguma coisa que eu não lhe contei, minhas irmãs e eu não nos tocamos.”

A posição de permanecer resguardada em um castelo, e de ser intocável como qualquer de suas irmãs, começa a se desvanecer, com uma alta dose de angústia, parecia que Olga tentava mover-se deste lugar. Aparece outro sonho: “Sonhei com você. Sonhei que você entrava no meu quarto e olhava as minhas gavetas, eu lhe disse que eram do meu esposo. Sinto muita pena porque isso é íntimo, porque são coisas pessoais, sinto como se ficasse exposta”. Ao começar a colocar em palavras esta ameaça de sentir-se exposta, permite que a agressão que opera como obstáculo, ceda por um tempo e podemos avançar um pouco, até encontrar um novo obstáculo transferencial que surgiu desta forma:

“Sinto-me muito mal, estou zangada por me sentir assim. Desde que venho aqui fico mais doente. E não quero ficar doente. Quero lhe fazer uma pergunta: Quando posso vir uma vez por semana? Quero que me diga até quando, para saber se este tratamento vai ser bom. Não gosto de estar doente. Responda a minha pergunta, porque não me responde, além disso, tenho problemas econômicos, não administrei bem meu dinheiro e não posso pagar duas sessões por semana, não gosto de ficar devendo. Não fique calado me olhando, diga alguma coisa, já sei o que vai dizer, a gente se vê na próxima sessão. Porque em qualquer tratamento dizem às pessoas como estão, porque aqui não?”

Na outra entrevista começa dizendo: “Estou muito zangada com você, porque teve uma atitude muito grosseira comigo, não respondeu o que lhe perguntei, além disso, não me disse se o tratamento vai me ajudar, já são três vezes que fico muito zangada, a primeira porque eu não lembrei das idades e das datas, a segunda porque você com seus comentários sempre vai para outro lado, e a terceira, agora. Vou lhe dizer uma coisa, porque não vai ficar assim, com algo que sinto e que estou pensando, você, às vezes me faz lembrar meu pai, porque é injusto, não se pode transigir, vale só o que você diz, não tenho oportunidade de falar, você se comportou de uma maneira muito cruel”.

Neste contexto surge a pergunta: O que lhe faz lembrar-se de seu pai?

A agressão resguarda o silêncio que prevalece sobre sua casa, sua história e sua mãe, elementos que aparecem metaforicamente representados na alusão ao filme “Castelo da Pureza”. Silêncio, segredos, mãe, pai, irmãs, irmão, significantes que são deslocados metonimicamente em transferência, provocando sintoma que é apresentado como o enigma a ser decifrado, só que para trabalhar no deciframento dos sintomas era e é necessário colocar em palavras o que aparece através do seguinte sonho:

“Tive vários problemas durante o dia, discuti com algumas pessoas, depois, de noite, sonhei que estava em um lugar, era como um lago, onde havia uns crocodilos, horríveis com seus dentes. Sinto muito medo, penso que meu sonho tem que ver com o fato de que posso ser muito perigosa, comigo e com os outros, posso ser muito agressiva, provocar dano e me fazer dano.”

A agressão nas entrevistas preliminares funcionou como obstáculo, porém, ao mesmo tempo, pode operar em transferência como veículo para formular a pergunta que a envolva subjetivamente no que lhe acontece, enigma a ser decifrado, isto é, o sintoma analítico.

Bibliografía

1. Freud, S. (1916). “Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico.” En, Tomo XIV Obras completas. Amorrortu. Argentina,
2. Idem.
3. Freud, S. (1916). 27 Conferencia de Introducción al Psicoanálisis. “La transferencia.” En, Tomo XVI Obras completas. Amorrortu. Argentina,
4. Lacan, J. (1960). “Posición del Inconsciente”. En, Escritos 2, Siglo Veintiuno. México.
5. Freud, S. (1900). “La interpretación de los sueños”. En, Tomo V Obras completas. Amorrortu. Argentina.
6. Película: “El castillo de la pureza” Guión: Arturo Ripstein y José Emilio Pacheco. Fotografía Alex Phillips. México 1972.

Tócala de nuevo, Sam (Ingrid Bergman en Casablanca)

Osvaldo Canosa*

Este trabajo es un ejercicio de intertextualidad.

Algo fue escrito en 1950¹ haciendo referencia a un diálogo en 1904. Finalmente leído y resignificado en 2010. El resultado está a disposición de su lectura y escucha por este auditorio.

Aclarado esto, resulta por lo menos problemático pensar una coherencia entre los tres momentos del texto; sin embargo... la lectura psicoanalítica que exige, intentará la tarea quimérica. Tal vez a esto se refería Freud cuando hablaba de esta profesión imposible.

Soy testigo.

No encuentro otro término, lo que no significa que esta expresión sea la más adecuada.

Testigo de tres encuentros entre dos personas, acaecidos en Viena hace ya más de 100 años.

Bruno Goetz,² con generosidad, nos regaló, allá por los años 50, un testimonio fresco y amable de tres entrevistas que tuvo con Freud entre 1904 y 1905.

Testigo, digo, porque al leer los recuerdos de Goetz, veo y escucho a Freud. Sin que él lo sepa, sin que él lo quiera.

Si leo a Freud es otra cosa. Él demanda mis ojos y mis oídos para que sea testigo de otra escena. Quiere que vea y escuche a Moisés atormentado y no tan heroico, a un Leonardo siempre niño, a sus neuróticas con sus cuerpos encendidos y la voz en llamas...

Regreso.

Veo y escucho a Freud cuando leo a Goetz. Lo veo en acción, al acecho, despreocupadamente.

Lo atractivo de todo esto es que el joven Bruno, sin conocer a Freud, ya posee una imagen prefigurada del doctor que lo va a atender.

La sugerencia de un profesor lo alerta y la lectura del Libro de los sueños lo instala en una posición deseante frente a Freud.

¿Por qué deseante?

Este profesor, cuyo nombre se desconoce, menciona a Freud en virtud de una dolencia que atormenta a Bruno. Una neuralgia facial que lo obliga a permanecer varios días aislado en su cuarto, evitando todo estímulo externo.

Bruno, que nada sabía de Freud, se choca con la "Interpretación de los sueños" y queda consternado. Ya no le preocupa su neuralgia, teme que Freud desarme su inspiración poética como hace con los sueños.

Este profesor (que a esta altura del relato es un personaje inquietante) le avisa que ya tiene una cita prevista con el Dr. Freud.

1 "Souvenirs sur Sigmund Freud", La Psychanalyse N° 5, París, 1960. Más tarde publicado en The International Review of Psycho-Analysis, 2, 1975

2 Escritor, traductor, poeta y periodista, nacido en Riga, Letonia, en 1885. Falleció en Zurich, Suiza, en 1954. Su obra más conocida es "El reino sin espacio" (1925).

A modo de arenga le dice: *“No se asuste, no lo va a comer, lo quiere ayudar”*.

EL profesor en cuestión se comporta como una Celestina porque al anoticiar a Freud acerca del joven Goetz, le allega (como al pasar) unos poemas de Bruno.

Ni siquiera la primera fue una cita a ciegas.

Verlo a Freud en acción es cosa seria. Rápidamente se instala en el hueco que le ofrece Bruno.

“Permítame conocerlo un poco [...] usted se esconde detrás de sus palabras en vez de dejarse llevar por las mismas. [...] No tiene ningún motivo para estar asustado consigo mismo [...] Ahora, cuénteme algo de su persona.”

Antes de hablar del síntoma que lo aqueja, le habla de sus poemas. Antes que mirar su cuerpo, le mira el alma.

Bruno responde como un niño confiado pues, para él, a Freud *“...todo le era ya conocido de antemano”*.

Ignorante de nuestra presencia, Freud prosiguió con su tarea de escudriñar la mente (la intención) de Goetz; y éste la describía de este modo:

“Me escuchó durante casi una hora sin interrumpirme y sin mirarme. A veces se reía silenciosamente.”

Luego le hizo un par preguntas de alguna cosa que le interesó de su “lectura” de Goetz. Su cerrazón, el mar, su padre, su severidad consigo.

Sin interrumpir y sin mirar.

Una manera de ejercer la atención flotante, permitiéndose destacar sólo lo que convocó a su simpatía y su consonancia.

“¿Acaso su padre no era severo con Usted?”

También Freud se abstiene y no re-pregunta sobre buena parte de lo que escuchó (por lo menos así lo registró nuestro secreto correspondiente).

En un momento, da la impresión que Freud se suelta. Y deja entrever lo que tal vez pensaba desde que había leído esos poemas de Bruno.

“Es envidiable, tiene Usted una buena conciencia realmente envidiable. Tendrá que agradecer a su padre por ello. ¿Y su madre?”

Fue quizás el último intento por analizar “terapéuticamente” a Goetz. La respuesta de Bruno lo alivió:

“Sí, con ella también me llevaba muy bien. Era protestante, muy creyente, pero esto no me perturbó sobremanera.”

Freud rió divertido, ya sin dudas.

Presa fácil de la curiosidad, siguió preguntando sobre su padre, sobre Poseidón.

La respuesta de Bruno lo atrapó sin remedio.

Un día mi padre entró en mi habitación acercándose a mí, puso sobre la mesa la Mitología de Moritz. Seguramente le llamaba la atención el hecho de que en aquella época leía mucho la Biblia, siguiendo los consejos de mi madre. “Hijo mío, hay que hacer otro tipo de lectura —y me mostraba el Moritz—. Contiene historias que se parecen a las de la Biblia. Quizás todavía más lindas. Nosotros, hombres de mar, creemos en otra cosa. Entre otros, en Poseidón...”

—Poseidón entre otros... Maravilloso, maravilloso —dijo Freud—. Sí, el mar... Y bien, mi buen amigo Goetz, no lo voy a analizar, sus complejos lo salvarán.

Una de las ilusiones que persisten en mí es suponer que un texto me puede dar todas las respuestas. Responsables de esta falacia son mis lecturas infantiles, juveniles, actuales. La Biblia, las aventuras de Sherlock Holmes, los textos que leí de Freud, todo lo que descifré en Borges.

Cautivo de esa ilusión seguí leyendo, esperando encontrar respuestas. Mi ilusión es muy amable y siempre me ofrece consuelo.

Bruno Goetz, casi en silencio, me brindó esta escena:

...de repente se puso casi tímido(y me dijo): “Le ruego no lo tome a mal, soy un médico ya instalado y Usted es todavía un joven estudiante. Acepte este sobre y permítame, por una vez, asumir por hoy el papel de su padre. Son pequeños honorarios destinados a retribuir la alegría que sus versos y la historia de su juventud me han deparado.”

Esta escena tenía la respuesta pero aún las palabras no aparecían. Sólo era una imagen reveladora, testimonial, pero no transmisible.

El segundo encuentro tuvo un matiz diferente. Bruno registra lo que Freud le cuenta con más detalle. Goetz se instala como quien escucha en silencio (podemos suponer) y pregunta para que su interlocutor se despliegue.

Hay una pregunta crucial de Goetz.

¿Cómo hace para analizar un poema? ¿Acaso no lo descompone, como hace con el sueño, en sus elementos hasta que, en verdad, no queda más nada del mismo, y por lo tanto llega a esta franja de la nada?

Freud disfruta de la pregunta que esperaba desde el principio y recoge el guante.

...es la misma pregunta que nunca dejé de formularme.[...] me hubiera parecido extraño si Usted no me formulara esta pregunta.

Es evidente que este segundo encuentro no tiene la intimidad del primero. ¿Freud ya sabrá que estamos aquí, escuchándolo?

[...] Es el rol del arte en el mundo el de fortalecernos cuando corremos el peligro de dispersarnos. Pero cuando abordo un poema como psicólogo no hay para mí ningún poema en este momento, existe un texto que de alguna manera presenta una especie de jeroglífico y un enigma a nivel psicológico, que tengo que descifrar y que, por lo tanto, debo desarticular.” [...] soy además (le ruego me disculpe) un hombre de ciencia para quien el hecho de ir a la caza de un problema, como cazador de su presa, lo estimula y lo pone feliz. Pero, por otro lado, esto para mí no es lo esencial: yo soy fundamentalmente un médico, y desearía ayudar de la mejor manera que me sea posible a estas numerosas personas que hoy viven en un infierno. No es en una especie de más allá que la mayoría de la gente vive en un infierno, sino aquí mismo, en la tierra.

Freud, en pocas palabras, define su hacer en esta vida: se presenta como psicólogo, como hombre de ciencia y fundamentalmente como médico que desearía ayudar a las personas que sufren, de la mejor manera.

Me pregunto.

A Freud, ¿quién lo ayuda en su sufrimiento terrenal?

Cuando saboreo un poema, como poema no lo analizo absolutamente sino que lo dejo actuar sobre mí – me contestó sin mirarme.

Se dijo (y seguramente es cierto) que Freud realizó su autoanálisis aprovechando su amistad con Fliess.

Tal vez, quien sabe...

Creo que Freud tuvo otros interlocutores en su aventura analítica: los poetas, los artistas. Es más, esta pequeña viñeta de Bruno Goetz, bien podría ser un fragmento del autoanálisis de Freud.

¿Será absurdo suponer que Freud no quiso analizar a Bruno para que siga siendo su cómplice, su pantalla de proyección de sus deseos incumplidos?

...permítame, por una vez, asumir por hoy el papel de su padre.

¿Quién entró en transferencia con quién?

Es el rol del arte en el mundo el de fortalecernos cuando corremos el peligro de dispersarnos.

¿Qué lo perturba a Freud cuando se dispersa?

...soy además (le ruego me disculpe) un hombre de ciencia para quien el hecho de ir a la caza de un problema, como cazador de su presa, lo estimula y lo pone feliz.

¿El límite de la angustia es la agresividad?

...le he hablado sin estar preocupado de ninguna manera por consideraciones científicas, y me hizo bien jugar un poco con las ideas y no ser permanentemente severo conmigo mismo.

Sin que nadie le pregunte, Freud confiesa su severa exigencia consigo, su deseo de jugar con las ideas sin temor a sus consecuencias.

Escriba buenos versos si tiene ganas, pero no se encierre ni se oculte, uno está siempre desnudo frente a Dios.

Finalmente proyecta en el joven poeta lo que sufrió en su juventud.

Me incitó a no confundir poesía con discusión de ideas. [...] y que, evidentemente, me había dejado influenciar por "sus" ideas —y que esto no me convenía—. Sí, estaba bien que no nos volviéramos a ver, que no nos habláramos; que era mejor, que no le escriba, ya que su influencia no podía dejar de ser perturbadora.

Por último Goetz acepta esta imagen de Freud acerca de sí mismo, que muchas veces repetirá como extraño ritual de final de sesión.

Fueron varios los momentos en que Freud se topó con artistas. Muchas veces utilizó las obras de arte para validar, con magníficas demostraciones, su incipiente y revulsiva teoría. Otras veces, vio a los artistas como espejos que le mostraban "eso oculto" de sí. Como en un análisis.

Su intercambio epistolar con Roman Rolland; su forzosa identificación con Goethe (o con el Fausto de Goethe, para ser más precisos); su entusiasmo por tratar de demostrar la inexistencia de Shakespeare; o, en el final de su vida, la conmovedora persistencia en convertir a Moisés en un personaje de novela (su novela?); son algunas de las páginas más fructíferas del autoanálisis de Freud.

Nada más irrespetuoso (y profanador?) que jugar con las letras de los muertos.

Nada más freudiano que convocar a los muertos a través de su letra.

Resumen

El trabajo se presenta como un ejercicio de intertextualidad si lo pensamos desde el punto de vista literario. Visto como texto psicoanalítico resulta un ejercicio clínico-teórico acerca del modo que Freud tiene de abordar las primeras entrevistas. También nos sugiere las condiciones que él considera a la hora de tomar un paciente en análisis.

Sobre el final, el trabajo gira hacia una especulación acerca del autoanálisis de Freud.

Palabras clave: entrevista-transferencia-vínculo-autoanálisis.

Bibliografía

"Souvenirs sur Sigmund Freud", La Psychanalyse N° 5, París, 1960. Más tarde publicado en The International Review of Psycho-Analysis, 2, 1975

Toca outra vez, Sam *(Ingrid Bergman no filme Casablanca)*

*Osvaldo Canosa**

Este trabalho é um exercício de intertextualidade.

Algo foi escrito em 1950¹ fazendo referência a um diálogo de 1904. Finalmente lido e reelaborado em 2010. O resultado está disponível para ser lido e ouvido por este auditório.

Esclareço que é muito difícil encontrar uma coerência entre os três momentos do texto; porém ... a leitura psicanalítica exigida, tentará realizar esta peripécia. Talvez a isso se referisse Freud quando falava desta profissão impossível.

Sou testemunha.

Não encontro outro termo, o que não significa que esta expressão seja a mais adequada.

Fui testemunha de três encontros entre duas pessoas em Viena há mais de 100 anos.

Bruno Goetz,² amavelmente nos deu de presente, lá pela década de 50, um depoimento inédito sobre três entrevistas que teve com Freud entre 1904 e 1905.

Digo que fui testemunha porque, ao ler as lembranças de Goetz, vejo e escuto Freud. Sem que ele saiba, sem que ele queira.

Ao ler Freud é outra coisa. Ele exige que meus olhos e meus ouvidos sejam testemunha de outra cena. Quer que eu veja e escute Moisés como uma pessoa atormentada e não apenas um herói, a Leonardo sempre como uma criança, a suas neuroses com seus corpos acesos e a voz em chamadas...

Volto ao meu pensamento.

Vejo e escuto Freud quando leio Goetz. Vejo-o em ação, na espera, despreocupado.

O mais atraente disto tudo é que o jovem Bruno, sem conhecer Freud, já possuía uma imagem pré-estabelecida do doutor que vai atendê-lo.

Um professor lhe sugeriu a leitura do Livro dos Sonhos e isto lhe provoca uma expectativa para conhecer Freud.

Por que essa expectativa?

Este professor, cujo nome é desconhecido, menciona a Freud em virtude de uma doença que atormenta Bruno. Uma neuralgia facial que o obriga a permanecer vários dias isolado em seu quarto, evitando todo estímulo externo.

Bruno, não sabia nada sobre Freud, se encontra com a “Interpretação dos Sonhos” e fica consternado. Já não se preocupa pela sua neuralgia, teme que Freud lance por terra a sua inspiração poética como fez com os sonhos.

Este professor (que a esta altura do relato é um personagem inquietador) lhe avisa que ele já tem uma consulta marcada com o Dr. Freud.

¹ “Souvenirs sur Sigmund Freud”, *La Psychanalyse* N° 5, Paris, 1960. Mais tarde publicado em *The International Review of Psycho-Analysis*, 2, 1975

² Escritor, tradutor, poeta e jornalista, nascido em Riga, Letônia, no ano de 1885. Faleceu em Zurich, Suíça, em 1954. Sua obra mais conhecida é “O reino sem espaço” (1925).

Para animá-lo lhe diz: *“Não fique assustado, ele não vai comê-lo, só quer ajudá-lo”*.

Este professor que quer ser uma espécie de Santo Antônio casamenteiro para que os dois se dêem bem, ao falar para Freud sobre o jovem Goetz, lhe entrega (desinteressadamente) uns poemas de Bruno.

Nem sequer o primeiro encontro foi às escuras.

Ver Freud em ação é realmente algo assombroso. Rapidamente se instala na brecha deixada por Bruno.

“- Permita-me conhecê-lo melhor [...] você se esconde atrás das suas palavras ao invés de deixar-se levar pelas mesmas. [...]. Você não tem nenhum motivo para ficar assustado consigo mesmo [...]. Agora me conte alguma coisa sobre você.”

Antes de falar sobre o sintoma que o aflige, fala de seus poemas. Antes de olhar para seu corpo, olha para a sua alma.

Bruno lhe responde como uma criança que confia, pois Freud *“...já sabia de tudo de antemão”*.

Ignorando a nossa presença, Freud continuou com a sua tarefa de esquadriñar a mente (a intenção) de Goetz que a descreve deste modo:

“Escutou-me durante quase uma hora sem me interromper e sem me olhar. Às vezes, ria silenciosamente.”

Depois fez uma série de perguntas sobre alguma coisa que lhe interessou da “leitura” de Goetz. Seu confinamento, o mar, seu pai, sua exigência consigo mesmo.

Sem interrompê-lo e sem olhar.

Uma maneira de exercer a atenção flutuante permitindo-se destacar só o que lhe causou simpatia e sua aprovação.

“- Por acaso seu pai não era muito severo com você?”

Freud se abstém e não pergunta nada sobre boa parte do que escutou (pelo menos foi assim isso o que registrou o nosso correspondente secreto).

Em um momento, dá a impressão que Freud se distende e deixa entrever o que talvez pensava desde que havia lido os poemas de Bruno.

“É invejável, você tem uma boa consciência, realmente invejável. Deveria agradecer ao seu pai por isso. E sua mãe?”

Essa foi talvez a última tentativa para analisar Goetz “terapeuticamente”. A resposta de Bruno o deixou aliviado:

“- Sim, com ela também me dava muito bem. Era protestante, tinha muita fé, mas isto não me perturbou de nenhuma maneira.”

Freud riu divertido, já não tinha dúvidas.

Preso fácil da curiosidade, continuou perguntando sobre seu pai, sobre Poseidon.

A resposta de Bruno o deixou desconcertado.

Um dia meu pai entrou no meu quarto e se aproximou de mim, pôs sobre a mesa a Mitologia de Moritz. Provavelmente chamava a sua atenção o fato de que nessa época eu lia muito a Bíblia, seguindo os conselhos de minha mãe. “Meu filho, você deve ter outro tipo de leitura – e me mostrava Moritz-. Possui histórias parecidas com as da Bíblia. Talvez mais lindas. Nós, homens do mar, acreditamos em outra coisa. Acreditamos em Poseidon, entre outros...”

- Poseidon entre outros... Maravilhoso, maravilhoso - diz Freud-. Sim, o mar... Bem, meu bom amigo Goetz, não vou analisá-lo, seus complexos o salvarão.

Uma das minhas ilusões é supor que um texto pode me dar todas as respostas. Responsáveis por esta falácia são as minhas leituras infantis, juvenis e atuais. A Bíblia, as aventuras de Sherlock Holmes, os textos que li de Freud, tudo aquilo que decifrei em Borges.

Preso por essa ilusão continuei lendo, esperando encontrar respostas. Minha ilusão é cruel e sempre dá consolo.

Bruno Goetz, quase que em silêncio, nos ofereceu esta cena:

...de repente, quase timidamente, (me diz): “Suplico-lhe que não me leve a mal, sou um médico bem instalado e você é ainda um jovem estudante. Aceite este envelope e me permita, por única vez, assumir hoje o papel de seu pai. São pequenos honorários como retribuição pela alegria que seus versos e a história de sua juventude me proporcionaram.”

Esta cena tinha a resposta, mas as palavras ainda não apareciam. Somente era uma imagem reveladora, testemunhal, porém, intransmissível.

O segundo encontro teve um tom diferente. Bruno registra o que Freud lhe conta com mais detalhes. Goetz se instala como quem escuta em silêncio (podemos supor) e pergunta para que seu interlocutor fale.

Há uma pergunta categórica de Goetz.

Como o senhor faz para analisar um poema? Por caso o descompõe como faz com o sonho e seus elementos até que, na verdade, não sobre mais nada do mesmo, e por isso chega a este nada?

Freud desfruta da pergunta que estava esperando desde o início e pega a luva.

...É a mesma pergunta que nunca deixei de me fazer [...] eu teria achado estranho se você não tivesse feito esta pergunta.

Evidentemente, este segundo encontro não tem a mesma intimidade que o primeiro. Saberá Freud que estamos aqui o escutando?

[...] O papel da arte no mundo é o de nos fortalecer quando corremos o perigo de nos dispersarmos. Mas, quando analiso um poema como psicólogo não existe, para mim, nenhum poema neste momento, existe um texto que, de alguma maneira, apresenta uma espécie de hieróglifo e um enigma a nível psicológico, que tenho que decifrar e, por tanto, devo desarticular.” [...] além disso, sou (me desculpe) um homem de ciência para quem o fato de ir a procura de um problema, como um caçador à sua presa, me estimula e me deixa feliz. Mas, por outra parte, isto para mim não é o mais importante: fundamentalmente eu sou um médico e desejaria ajudar, da melhor maneira possível, a estas numerosas pessoas que hoje vivem em um inferno. Não me refiro ao inferno como uma coisa do além, mas ao inferno que a maioria das pessoas vive aqui mesmo na terra.

Freud, em poucas palavras, define a sua tarefa nesta vida: se apresenta como psicólogo, como homem de ciência e, fundamentalmente, como médico que desejaria ajudar às pessoas que sofrem, da melhor maneira possível.

Pergunto-me:

E quem ajuda a Freud no seu sofrimento terreno?

Quando desfruto de um poema, não o analiso como um poema, deixo-o agir sobre mim – respondeu sem me olhar.

Diz-se (e com certeza é verdade) que Freud fez sua auto-análise aproveitando a sua amizade com Fliess.

Pode ser, quem sabe...

Acho que Freud teve outros interlocutores na sua aventura analítica: os poetas, os artistas. Mais ainda, esta pequena vinheta de Bruno Goetz, poderia ser um fragmento da auto-análise de Freud.

Seria absurdo supor que Freud não quis analisar Bruno para que ele continuasse sendo seu cúmplice, a sua fachada de projeção de seus desejos que não se cumpriram?

...permita-me, por única vez, assumir hoje o papel de seu pai.

Quem entrou em transferência com quem?

*O papel da arte no mundo é o de nos fortalecer quando corremos o risco de nos dispersarmos.
O que perturba Freud quando se dispersa?
...sou, além disso, (me desculpe) um homem de ciência para quem o fato de ir a buscar um problema como o caçador à sua presa, me estimula e me deixa feliz.*

O limite da angústia é a agressividade?

...Falei para ele sem me preocupar de nenhuma maneira pelas considerações científicas, e me fez bem brincar um pouco com as idéias e não ser, permanentemente, severo comigo mesmo.

Sem que ninguém lhe perguntasse, Freud confessa sua rigorosa exigência consigo mesmo, seu desejo de brincar com as idéias sem temer às conseqüências.

Escreva bons versos se você tem vontade, mas não se feche nem se oculte, diante de Deus todos estamos nus.

Finalmente projeta no jovem poeta o que sofreu na sua juventude.

Incentivou-me para não confundir poesia com discussão de idéias. [...] e que, evidentemente, tinha deixado me influenciar pelas “suas” idéias – e isto não era conveniente para mim-. Sim, era melhor que não voltássemos a nos ver, que não falássemos; era melhor que não lhe escrevesse, já que sua influência não podia deixar de ser perturbadora.

Finalmente Goetz aceita esta imagem de Freud sobre de si mesmo, que muitas vezes repetirá como um estranho ritual no final de cada sessão.

Foram vários os momentos em que Freud se encontrou com artistas. Muitas vezes utilizou as obras de arte para legitimar, com magníficas demonstrações, sua teoria incipiente e revulsiva. Outras vezes, viu os artistas como espelhos que lhe mostravam “isso oculto” de si mesmo. Como em uma análise.

Seu intercâmbio de correspondência com Roman Rolland; sua forçosa identificação com Goethe (ou com o Fausto de Goethe, para ser mais exato); seu entusiasmo para tratar de demonstrar a inexistência de Shakespeare; ou, no final de sua vida, a comovedora persistência em transformar Moisés em um personagem de seu romance (seu romance?); são algumas das páginas mais frutíferas da auto-análise de Freud.

Nada mais desrespeitador (e profanador?) que brincar com as letras dos mortos.

Nada mais freudiano que convocar aos mortos através das suas letras.

Resumen

O trabalho se apresenta como um exercício de intertextualidade se o pensarmos desde o ponto de vista literário. Visto como texto psicanalítico resulta em um exercício clínico-teórico acerca do modo em que Freud aborda as primeiras entrevistas. Também nos sugere as condições que ele considera no momento de tomar um paciente em análise.

Sobre o final, o trabalho gira em torno de uma especulação a respeito da auto-análise de Freud.

Palavras chave: entrevista – transferência – vínculo – auto-análise.

Bibliografía

“Souvenirs sur Sigmund Freud”, La Psychanalyse N° 5, Paris, 1960. Más tarde publicado en The International Review of Psycho-Analysis, 2, 1975

Heridas de la piel, heridas vinculares

María del Carmen Cuenca Zavala*

Tú estás al fondo./ No sientes el peso de la sábana,
el olor del cuarto de hospital./ Una bestia de sangre/
Recorre el laberinto de tu cuerpo,/ un río de lava oscura es tu memoria

Carmen Villoro

En la experiencia clínica nos encontramos ocasionalmente con personas que nos dejan *marcados*, separarnos de ellos puede ser al mismo tiempo un evento feliz, en tanto que el paciente encuentra ciertos avances en su tratamiento y triste al sentir una separación que duele; creo que de allí fue gestándose el deseo de escribir este trabajo.

La palabra vínculo proviene del latín *vinculum*, que significa atar, unir, juntar, ligar, anudar, una persona o una cosa con otra; psicoanalíticamente usamos el término para designar la unión del infante con su madre, padre y posteriormente con otros objetos, entre ellos tal vez la creación del vínculo con el analista; entonces, ¿es posible atar un nudo que no se dio originariamente? El abandono de una madre en las primeras semanas de vida, ¿deja a su hijo sin vínculo posible alguno? Dicho de otra forma, ¿podemos hablar de un *no-vínculo*?

Algunos autores como Winnicott (1968), Bion (1980), Auglanier (2004), han dado gran importancia a la relación de la madre con su hijo en las primeras etapas del crecimiento. Didier Anzieu (1987) postula que los contactos de la piel madre-hijo son estructurantes del aparato psíquico. Winnicott nos dice que es la madre quien hace de Yo auxiliar para que, a través de su contención, el bebé vaya formando un Yo estructurado, genuino, flexible, fuerte que, con los años, le permita separarse de esa misma madre y disfrutar de la vida solo o en compañía.

En el presente trabajo quiero pensar acerca de la importancia del vínculo madre-hijo en las primeras semanas de vida y de las posibles consecuencias en el cuerpo, luego la psique, de lo que llamo *no-vínculo*, en una niña.

De acuerdo con Anzieu (1987) cuando la madre amamanta al bebé, le proporciona otros cuidados corporales, le tiene en brazos, lo estrecha contra su cuerpo, le habla, le canta, comunicándose a través de la piel y la sonoridad. El infans adquiere así la percepción de su propia piel, como una superficie de contacto interno y externo, una seguridad de apego a su madre, un sentimiento básico que garantiza la noción física de estar contenido en su propia piel y la piel de la madre.

Anzieu (1987) propone que existe un Yo-piel, que en las primeras fases del desarrollo contiene los contenidos psíquicos de la experiencia del cuerpo, es una superficie de inscripción de las huellas que la relación con el otro deja.

Cuando conozco e Mili, es una niña de 6 años, estudia el preescolar, vive con su padre y madre adoptivos, un hermano año y medio mayor y un medio hermano de 2 años de edad. Es muy delgada debido a un problema de nacimiento (atresia esofágica con fistula traqueosofágica), presenta múltiples cicatrices en abdomen por intervenciones quirúrgicas, una especialmente grande y prominente la atraviesa por el centro en forma vertical, un orificio en el cuello, otro en la parte media izquierda del tronco (gastrostomía) al que llama “el

botón” por el cual la alimentan hasta la fecha cuando no quiere comer por la boca. Su piel es morena y seca. En ocasiones entra a la consulta gustosa dando saltos y otras, casi indiferente como si no notara mi presencia. Acude a la consulta porque existe un reporte de maltrato infantil en la institución gubernamental para la cual trabajo y nosotros realizamos una visita de supervisión varios años después.

Presenta baja en peso, no desea comer por la boca y no se puede retirar la gastrostomía hasta que esté en peso normal. En total ha tenido ocho operaciones, al parecer la última a la edad de 4 años. Tiene miedo a perderse o perder a la mamá (adoptiva), apego excesivo a ella, desorganización en el lenguaje, ansiedad, algunos episodios de privación en berrinches, rebeldía o agresividad en contra de la madre, problemas de aprendizaje en la escuela, la madre refiere temor a que la niña se ahogue por las noches o en un berrinche. Enuresis y ocasionalmente encopresis por las noches.

Para Anzieu “La profundidad de la alteración de la piel es proporcional a la profundidad de la herida psíquica”. (1987, p 46). Bion por su parte teoriza la existencia de un continente psíquico que permita al niño sentirse contenido; en su ausencia los peligros de despersonalización están ligados a la imagen de una envoltura perforable y a la angustia de un derrame de la sustancia vital por los agujeros. De mi primer contacto con Mili me impresionó esa cicatriz que atravesaba su tronco, pensaba como una niña pequeñita tenía ya en su cuerpo marcas de heridas tan profundas, heridas psíquicas inscritas solo en el cuerpo que, a falta de palabras, eran expresadas a través de toda la sintomatología que presentaba, como un grito de auxilio. Había tenido varicela recientemente pero conforme pasaban los meses las marquitas como puntos en toda la piel no desaparecían y me hizo pensar en una coladera, su piel mostraba algo de su psique; así debía sentirse ella, como dice Bion, penetrable y en peligro de vaciarse, a partir de ello se defendía siendo una niña rebelde, dominante, agresiva, sin capacidad para contener sus propias sustancias, excretaba todo por todas partes, saliva, sangre, pipí, popó, en ocasiones llegaba con un trapito en el cuello para cubrir su herida y al jugar lo tiraba al suelo. Me daba mucha angustia que se infectara, ella, en cambio, para sentirse normal, pensaba que el resto de los niños de la escuela también tenían “botones y más hoyitos”.

La madre biológica durante el embarazo vivió en la casa de su hermano Juan, al nacer Mili con el problema de alimentación la dejó en el hospital por mes y medio en tratamiento, luego se la entregaron y no le proporcionó los cuidados adecuados por lo que la niña fue internada nuevamente por un periodo de dos meses por desnutrición. En este lapso cuidaban de ella su hermano y esposa, quienes la recogieron e iniciaron el trámite de adopción legal, quedando la niña registrada como hija natural de ambos. Juan y Laura adoptaron también a su hermanito Joseph de 2 años y desde entonces cuidaron de ellos.

Bion, Anzieu y Winnicott, coinciden en que una madre sana está naturalmente dispuesta para recibir y sanar el dolor de su hijo, para responder con sus cuidados, pero al fallar esta conexión, el dolor intenso desorganiza el aparato psíquico. Las semanas que Mili pasó en el hospital sola, recibiendo operaciones, debieron haberla dejado avasallada, por ello supongo que los cuidados que recibió de sus padres adoptivos a esta niña le fueron suficientes para “agarrarse” de ellos, pero no solo esto, sino una gran fuerza pulsional, se aferró a la vida desde el vientre materno, que deseaba echarla fuera. Al inicio de este trabajo, me pregunté si hubo para mi paciente vínculo primario posible, me parece que Mili hecha sus propias amarras donde sea, se agarra fuerte, a pesar del rechazo primordial de la madre biológica: se liga al deseo de Laura de ser madre, a mi deseo de ser analista, se coge a la vida. No se

puede decir que haya un *no-vínculo*, si se tratara de ello, no habría sobrevivido, vivió de los cuidados de las enfermeras, de la preocupación de Laura y Juan de irle a ver en el segundo periodo que estuvo internada casi a diario.

Para Winnicott el Yo se va integrando en etapas muy tempranas gracias al cuidado de la madre, necesita de la *presencia confiable ininterrumpida* de los cuidados maternos, si esta experiencia es insuficiente, la capacidad para estar solo no puede desarrollarse: de ahí los terrores de Mili a perderse, la separación de la madre le es intolerable. A sus 7 años, lloraba inconsolablemente aún si la madre se cambiaba de una habitación a otra en la misma casa. Comprendo que la capacidad de estar solo es un desarrollo muy sofisticado, aquí más bien se trata de la incapacidad de representarse a la madre. También relaciono el deseo de no comer por la boca con la no representación de la boca-pecho. Mili tiene en su psique tantos o más huecos que en su piel: el cuerpo no representado entero, el hueco de la madre, el hueco de su propia historia, la deficiencia en proporcionar palabras durante sus hospitalizaciones, todo aquello que queda solo inscrito en las huellas de la piel, en la carne, en lo real.

Durante la terapia dibuja repetitivamente una casa multicolor abierta que relaciono con la falta de continente y su sensación de ser un cuerpo abierto, sin distinción dentro-fuera. Me pregunta con frecuencia dónde estaba antes de la sesión, que voy a hacer después de la sesión, si tengo mamá.

Viñeta

En esta sesión entra, pide un borrador y dibuja una silueta incomprensible, la borra, dibuja nuevamente algo que parece un árbol, lo borra, borra pedacitos, sigue dibujando y después de dibujarlo completo, lo borra todo.

Mili:- *¿Entonces tu hermana va a venir o no?, ¿tú tienes hermanas?*

T:- *Parece que tú quieres saber muchas cosas de mí, para conocerme.*

Mili:- *No, ¿tienes hermanas?*

T:- *No, yo no tengo hermanas.*

Mili:- *Y si no tienes hermanas, entonces tampoco tienes papá, no van a cuidar de ti, y si no tienes quien te cuide, tal vez te den a cuidar a la policía.*

T:- *Así te sientes tú, solita, que en cualquier momento te puedes quedar sin quien te cuide, tienes miedo de perder a tus papás.*

Finalmente dibuja un árbol-flor y le pone una boca de gesto enojado o triste.

T:- *Ese parece un árbol-flor que está enojado.*

Mili toma un crayón blanco, cubre la primera boca, y dibuja una boca feliz: *-Ya está feliz.*

Yo comprendía sus múltiples preguntas como una necesidad de explicación de su propio ser y su historia, no se trataba de saber de mí, sino saber de ella.

Los tres autores (Anzieu, Bion, Winnicott) que me han ayudado a pensar el caso para este trabajo coinciden en que el analista tiene que ofrecer a su paciente una disposición interior y una forma de comunicar que le aseguren la posibilidad de una función continente, que le permitan una interiorización suficiente. El tratamiento duró solo 6 meses a razón de 2 veces por semana, se trabajó con dibujos, tuve el objetivo de ayudarle a poner palabras a sus experiencias actuales y construir una historia para hacer una especie de tejido de una chambrita que se caracteriza más por sus hoyitos que por su continuidad.

Finalmente me pregunto, ¿cómo se desata el vínculo analítico al finalizar un tratamiento?

En el artículo de “La dependencia en el cuidado del infante y del niño y en el encuadre psicoanalítico” (1963) Winnicott reconoce la alta dependencia que crea el paciente con su analista y refiere que es necesario ser muy cuidadoso para salvaguardar la continuidad del self de un paciente. Al tiempo de iniciado el tratamiento la madre refiere que la conducta de Mili ha empeorado en la casa y la escuela, lo comprendo como un avance del tratamiento, en tanto que expresa sentimientos hostiles que estaban guardados e implosionando en su cuerpo. Comienza a hablar con sus conductas, pretendo que hable en la terapia, difícil tarea pues sé que no la puedo atender mucho tiempo, ¿cómo manejar esto sin que se vuelva una repetición del abandono de la madre, ahora por la terapeuta? El tratamiento concluyó a los 6 meses como se había acordado con los padres y la paciente. Los últimos 3 meses yo sentía la necesidad de hacerle saber a Mili que nuestra relación duraría solo algún tiempo. En mi trabajo con esta niña empleé varias sesiones vinculares, con la madre, el padre, el hermanito, y una sesión familiar en la que se trabajó el hablarles a ambos niños sobre su historia de origen, todo ello con el objetivo de analizar los vínculos actuales y proporcionar herramientas a los padres para mejorar –en lo posible– el nido actual de la paciente. La relación terapéutica dio ocasión de analizar el deseo de Mili de quedarse a vivir en el consultorio o de ir a vivir conmigo a casa, su rechazo hacia los padres adoptivos, su enojo con la madre biológica, adoptiva y conmigo.

No encuentro la respuesta respecto de cómo desatar el vínculo, es tema para otro trabajo, pero algunos autores dicen que se olvida o se desecha al analista. La cuestión es que en este nudo se atan dos cuerdas y de mi lado, no la he olvidado. En una sesión, Mili dibuja un pájaro multicolor parado sobre una figura alargada, pone su nombre completo arriba (como siempre, la firma en ella es una necesidad) y me pregunta si lo puedo poner en mi oficina, le digo que sí, baja conmigo mira como pego su dibujo en un archivero a mi lado derecho y se siente conforme, se va contenta. El dibujo permaneció allí hasta que inicié este artículo.

Resumen

El primer vínculo bebe-madre, es fundante en el aparato psíquico y hace una traza sobre la cual se gestarán los otros vínculos que el sujeto establezca durante su vida. El presente trabajo cuestiona si ante el abandono de una madre a su hija en las primeras semanas de vida, ésta última podrá o no echar amarras sobre otros objetos. La paciente que se presenta nació con un problema congénito que le impedía ingerir alimentos por la boca y fue necesario que tuviera en su primera infancia varias intervenciones quirúrgicas que fueron dejando marcas en su piel, marcas que dan cuenta así mismo de la profunda herida psíquica del abandono de la madre y que serán analizadas a la luz de un nuevo vínculo en una psicoterapia psicoanalítica de corta duración.

Bibliografía

- Anzieu, Didier. *El yo piel*. Ed. Biblioteca nueva. Madrid, 1987.
- Auglanier, Piera. *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Amorrortu editores. Buenos Aires, 2004.
- Bion. *Aprendiendo de la experiencia*. Ed. Paidós. Buenos Aire, 1980.
- Freud, Sigmund. *Obras completas. Sobre la dinámica de la transferencia*. 1912.
- Serres, Michel. *Los cinco sentidos. Ciencia, poesía y filosofía del cuerpo*. Ed. Taurus. México, 2002.
- Villoro, Carmen. *El tiempo alguna vez*. Fondo de cultura económica. México, 2004.
- Winnicott, Donald. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 2007: *La dependencia en el cuidado del infante y del niño, y en el encuadre psicoanalítico*. 1963 y *La capacidad para estar solo* 1958.

Feridas da pele, feridas vinculares

María del Carmen Cuenca Zavala*

Você está no fundo do poço/ Não sente o peso do lençol/
o cheiro do quarto do hospital./Uma besta de sangue /
percorre o labirinto do teu corpo,/ a tua a memória é um rio de lava escura

Carmen Villoro

Na nossa experiência clínica, ocasionalmente, encontramos pessoas que nos *marcam profundamente*, ao nos separarmos delas pode ser ao mesmo tempo, um acontecimento feliz, quando o paciente mostra certos avanços no seu tratamento e triste ao sentirmos uma separação que dói, acho que foi por isso que nasceu o desejo de escrever este trabalho.

A palavra vínculo vem do latim *vinculum* e significa atar, unir, juntar, ligar, fazer um nó, unir uma pessoa ou uma coisa com outra; psicanaliticamente utilizamos o termo para designar a união da criança com sua mãe, com seu pai e, posteriormente, com outros objetos, entre eles talvez a criação do vínculo com o analista; me pergunto, é possível atar um nó que nunca se originou. Ao ser abandonado pela mãe nas primeiras semanas de vida deixa o filho sem algum vínculo possível? Dito de outra forma podemos falar de um não-vínculo?

Alguns autores como Winnicott (1968), Bion (1980) Auglanier (2004), deram grande importância à relação da mãe com seu filho nas primeiras etapas do crescimento. Didier Anzieu (1987) defende que os contatos da pele mãe-filho fazem parte da estrutura do aparato psíquico. Winnicott diz que é a mãe quem faz o papel de Eu auxiliar para que, através de sua contenção, o bebê vá formando um Eu estruturado, genuíno, flexível, forte, que com o passar dos anos, lhe permita separar-se dessa mesma mãe e desfrutar da vida sozinho ou em companhia de alguém.

Neste trabalho quero tratar sobre a importância do vínculo mãe-filho nas primeiras semanas de vida e das possíveis conseqüências no corpo e, depois sobre a psique, do que chamo *não-vínculo*, em uma menina.

De acordo com Anzieu (1987) quando a mãe amamenta o bebê lhe proporciona outros cuidados corporais, segura-o nos seus braços, aperta-o contra seu corpo, fala com ele, canta para ele, comunicando-se através da pele e da sonoridade. Assim, a criança adquire a percepção de sua própria pele, como uma superfície de contato interno e externo, uma segurança de apego com a sua mãe, um sentimento básico que garante a noção física de estar inserido na sua própria pele e na pele da mãe.

Anzieu (1987) propõe que existe um Eu-pele, que nas primeiras fases do desenvolvimento compreende os conteúdos psíquicos da experiência do corpo, é como uma espécie de superfície onde ficam gravadas as marcas deixadas pela relação com o outro.

Quando conheci Mili, era uma menina de 6 anos de idade, ia ao pré-escolar, morava com seus pais adotivos, um irmão mais velho de um ano e meio e um meio-irmão de 2 anos de idade. Era muito magra devido a um problema de nascimento (atresia esofágica com fistula traqueosofágica), apresenta múltiplas cicatrizes no abdômen por causa das operações, uma, especialmente enorme e proeminente que atravessa todo o corpo de forma vertical, um orifício no pescoço, outro na parte esquerda do tronco (gastrostomia) ao qual ela chama

de “botão” pelo qual é alimentada até a data de hoje quando não quer comer pela boca. Sua pele é morena e seca. Certos dias, quando entra para a consulta está alegre e vem pulando, outras vezes, entra quase indiferente como se não percebesse a minha presença. Chega à consulta porque existe uma denúncia de maltrato infantil na instituição governamental para a qual trabalho, que vários anos depois fizemos uma visita para supervisão.

Apresenta pouco peso, não quer comer pela boca e não se pode retirar o gastrostomia até que tenha um peso normal. Ela sofreu 8 operações, acho que a última foi quando tinha 4 anos de idade. Tem medo de se perder ou perder a sua mãe (adotiva), apego excessivo com ela, apresenta uma linguagem desorganizada, ansiedade, alguns episódios de privação com berros, atos de rebeldia ou agressividade contra sua mãe, problemas de aprendizagem na escola, a mãe comenta ter medo que a menina se afogue de noite de tanto gritar. Apresenta enurese noturna e ocasionalmente encoprese.

Para Anzieu “A profundidade da alteração da pele é proporcional à profundidade da ferida psíquica”. (1987.P, 46). Já Bion teoriza a existência de um continente psíquico que permite à criança sentir-se contida, na sua ausência os perigos de despersonalização estão ligados à imagem de um envoltório que se pode perfurar e a angústia de haver um derrame da substância vital pelos buracos. No meu primeiro contato com Mili fiquei impressionada com a cicatriz que atravessava seu tronco, pensava como uma criança tão pequeninha já tinha em seu corpo marcas de feridas tão profundas, feridas psíquicas inscritas somente no corpo, que na falta de palavras estas eram expressas através de toda a sintomatologia que apresentava, como um grito de socorro. Recentemente tivera varicela, mas com o passar dos meses as marquinhas que eram como pontos em toda a sua pele não desapareciam e me veio a idéia de um coador. Sua pele mostrava algo de sua psique; ela devia sentir-se assim, como diz Bion, penetrável e com risco de esvaziar-se, por causa disso se defendia sendo uma menina rebelde, dominante, agressiva, sem capacidade para conter suas próprias substâncias, expelia tudo por todas as partes: saliva, sangue, xixi, cocô; às vezes chegava com um lenço no pescoço para cobrir sua ferida e ao brincar o jogava no chão, me sentia angustiada com medo que pegasse uma infecção: ela, para sentir-se normal, pensava que o resto das crianças da escola também tinha “botões e mais buraquinhos”.

A mãe biológica, durante sua gravidez, morou na casa de seu irmão Juan, ao nascer Mili com problema de alimentação a deixou no hospital um mês e meio para tratamento, depois que a entregaram ela não lhe deu os cuidados adequados e a menina foi internada novamente durante dois meses apresentando um quadro de desnutrição. Nesse meio tempo quem cuidava da menina era seu irmão e sua esposa, que a abrigaram e deram início aos papéis para uma adoção legal, ficando a menina registrada como filha natural de ambos. Juan e Laura adotaram também seu irmãozinho Joseph de 2 anos de idade e passaram a cuidar deles.

Bion, Anzieu e Winnicott, coincidem que uma mãe sadia está naturalmente disposta a receber e curar a dor de seu filho, ser responsável e cuidá-lo, mas ao falhar esta conexão, a dor intensa desorganiza o aparato psíquico. As semanas que Mili passou no hospital sozinha, sofrendo operações, devem tê-la deixado extenuada, por isso, acho que os cuidados que recebeu de seus pais adotivos foram motivos suficientes para ela “se agarrar” a eles, mas não só isto, senão uma grande força pulsional, se aferrou à vida já no ventre materno, que desejava expulsá-la. No início deste trabalho me perguntei: existiu, para minha paciente, vínculo primário possível? Acho que Mili lança as suas próprias amarras por qualquer lado, ou seja, se agarra forte apesar do rechaço primordial da mãe biológica,

se une ao desejo de Laura de ser mãe, ao meu desejo de ser analista, se agarra à vida. Não se pode dizer que não existe um não-vínculo, se assim fosse, não teria sobrevivido, viveu por causa dos cuidados das enfermeiras, da preocupação de Laura e Juan que iam vê-la quase todos os dias, quando esteve internada pela segunda vez.

Para Winnicott o Eu se vai integrando nas etapas iniciais graças ao cuidado da mãe, necessita da *presença confiável e ininterrupta* dos cuidados maternos, se esta experiência é insuficiente, a capacidade para estar só não se desenvolverá, por isso o terror de Mili de se perder, a separação da mãe é intolerável. Com 7 anos, chorava inconsolavelmente, ainda mais se a mãe ia de um lugar a outro dentro da própria casa. Entendo que a capacidade de ficar só é um desenvolvimento muito sofisticado, aqui se trata da incapacidade de se representar a mãe, também relaciono o desejo de não comer pela boca com a não-representação da boca-peito. Mili tem na sua psique tantos ou mais buracos como na sua pele: o corpo não representado inteiro, o vazio da mãe, o vazio de sua própria história, a deficiência em proporcionar palavras durante suas hospitalizações, tudo aquilo que fica inscrito nas marcas da pele, na carne, no que real.

Durante a terapia desenha repetitivamente uma casa multicolorida aberta que relaciono com a falta de continente e sua sensação de ser um corpo aberto, sem diferença dentro e fora. Frequentemente me pergunta onde eu estava antes da sessão, que vou fazer depois da sessão, se tenho mãe.

Vinheta

Nesta sessão entra, pede um apagador e desenha uma silhueta incompreensível, a apaga, desenha novamente algo que parece uma árvore, apaga, apaga aos poucos, continua desenhando e depois de ter terminado o desenho o apaga completamente.

Mili:- Então, sua irmã vai vir ou não? Você tem irmãs?

T:- Parece que você quer saber muitas coisas sobre mim para me conhecer.

Mili:- Não. Você não tem irmãs?

T:- Não, eu não tenho irmãs.

Mili:- Se você não tem irmãs, então também não tem papai, não vão cuidar de você, e se você não tem quem te cuide, talvez te entreguem à polícia para que cuide de você.

T:- Você se sente assim sozinha, que em qualquer momento pode ficar sem quem te cuide, você tem medo de perder seus pais.

Finalmente desenha uma árvore-flor com uma boca de brabeza ou tristeza.

T:- Essa parece uma árvore-flor que está zangada

Mili:- (Pega um lápis de cera branco, pinta a primeira boca, e desenha uma boca feliz). Já está contente.

Eu relacionava suas múltiplas perguntas como uma necessidade de explicação de seu próprio ser e sua história, não queria saber sobre mim, queria saber sobre si mesma.

Os três autores (Anzieu, Bion, Winnicott) me ajudaram a pensar sobre o caso para este trabalho, pois eles acreditam que o analista tem que oferecer, a sua paciente, uma disposição interior e uma forma de comunicar que lhe garanta a possibilidade de uma função continente, que lhe permita uma interiorização suficiente. O tratamento durou só 6 meses, 2 vezes por semana. Trabalhou-se com desenhos cujo objetivo era ajudar-lhe a pôr palavras as suas experiências atuais e construir uma história para fazer uma espécie um casaquinho de tricô que se caracteriza mais por seus buraquinhos que pela sua continuidade.

Finalmente, me pergunto: como se desata o vínculo analítico ao finalizar um tratamento?

No artigo de dependência no cuidado de uma criança e no marco psicanalítico (1963) Winnicott reconhece a alta dependência que o paciente cria com seu analista e diz que é necessário ser muito cuidadoso para salvaguardar a continuidade do *self* de um paciente. Quando foi iniciado o tratamento a mãe disse que o comportamento de Mili piorou em casa e na escola, vejo isto como um avanço no tratamento, embora expresse sentimentos hostis, que estavam guardados e que estão implodindo no seu corpo, começa a falar através da sua conduta, pretendo que fale na terapia, tarefa difícil, pois sei que não posso atendê-la por muito tempo. Como manejar isto sem que se torne uma repetição do abandono, primeiro da mãe, agora por parte do terapeuta? O tratamento concluiu aos 6 meses como havíamos combinado com os pais e a paciente. Nos últimos 3 meses eu sentia a necessidade de dizer a Mili que nossa relação duraria pouco tempo. No meu trabalho com esta menina utilizei várias sessões vinculares, com a mãe, com o pai, com o irmãozinho, e em uma sessão familiar falei a ambas crianças sobre sua história, sua origem, tudo isto com o objetivo de analisar os vínculos atuais e proporcionar ferramentas aos pais para melhorar -dentro do possível- o “ninho” atual da paciente. A relação terapêutica proporcionou a análise do desejo de Mili de ficar morando no consultório ou de ir morar comigo, seu rechaço aos pais adotivos, sua raiva contra a mãe biológica, contra a mãe adotiva e contra mim mesma.

Não encontro resposta a respeito de como desatar o vínculo, é assunto para outro trabalho, mas alguns autores dizem que o analista é esquecido ou descartado, a questão é que neste nó foram atadas duas cordas em mim, e isso eu não esqueci. Em uma sessão, Mili desenha um pássaro multicolorido, imóvel sobre uma figura alongada, põe seu nome completo em cima (como sempre, a assinatura nela é uma necessidade) e me pergunta se posso colocá-lo no meu escritório, digo-lhe que sim, desce comigo, observa como coloco seu desenho no armário no meu lado direito, ela se sente bem, vai embora contente. O desenho permaneceu ali até que comecei a escrever este artigo.

Resumen

O primeiro vínculo mãe-bebê, é fundante no aparelho psíquico e faz uma marca sobre a qual se gestarão os outros vínculos que o sujeito estabelecerá durante sua vida. O presente trabalho questiona se, diante o abandono de uma mãe a sua filha, nas primeiras semanas de vida, esta última poderá ou não investir em outros objetos. A paciente apresentada nasceu com um problema congênito que lhe impedia de ingerir alimentos pela boca e foi necessário que tivera em sua primeira infância, várias intervenções cirúrgicas, que foram deixando marcas em sua pele, marcas que demonstram por si mesma a profunda ferida psíquica do abandono da mãe e que serão analisadas à luz de um novo vínculo em uma psicoterapia psicanalítica de curta duração

Bibliografía

- Anzieu, Didier. *El yo piel*. Ed. Biblioteca nueva. Madrid, 1987.
- Auglanier, Piera. *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Amorrortu editores. Buenos Aires, 2004.
- Bion, Wilfred. *Aprendiendo de la experiencia*. Ed. Paidós. Buenos Aire, 1980.
- Freud, Sigmund. *Obras completas. Sobre la dinámica de la transferencia*. 1912.
- Serres, Michel. *Los cinco sentidos. Ciencia, poesía y filosofía del cuerpo*. Ed. Taurus. México, 2002.
- Villoro, Carmen. *El tiempo alguna vez*. Fondo de cultura económica. México, 2004.
- Winnicott, Donald. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 2007: *La dependencia en el cuidado del infante y del niño, y en el encuadre psicoanalítico*. 1963 y *La capacidad para estar solo* 1958.

“Dónde plantar la algarroba blanca” Del dolor a la esperanza

*Lic Patricia Mirochnik**

El objetivo de este escrito es poder reflexionar a cerca de la problemática de un tipo de pérdida y su procesamiento. A mi entender constituye el padecimiento emocional más siniestro que le toca vivir a un ser humano, me refiero a cuando alguien tiene que enfrentar la pérdida de un hijo.

Al tratarse de la muerte más terrible, la propuesta fue reflexionar acerca de cómo podemos ayudar con la terapia, y también como transformar esta zona dolorosa que desde lo humano provoca identificación, en un abordaje conceptual posible; cuidando no transformar dicha conceptualización en una generalización excesiva. Esto implicaría tener en cuenta qué es lo singular de cada proceso.

Es un suceso que subvierte el orden natural, un hecho absurdo, los padres han proyectado un montón de cosas sobre el hijo, nadie está preparado para esa pérdida ¿cómo comprender lo que les pasa a los que quedan, cómo encontrar sentido en este absurdo?

Según la definición de Laplanche y Pontalis, el trabajo de duelo es “el proceso intrapsíquico consecutivo a la pérdida de un objeto de fijación y por medio del cual el sujeto logra desprenderse progresivamente de dicho objeto.” Señalan que debe relacionarse con el concepto de elaboración psíquica concebida como una necesidad del aparato psíquico de ligar impresiones traumatizantes. Pero, ¿cómo, cuándo, en estos duelos especiales? esta es una experiencia límite.

¿Qué características singulares se encuentran en el procesamiento de estos duelos? Partiendo de la base que el vínculo de un sujeto con sus hijos, produce una modificación en sus estados afectivos, un profundo cambio en su psiquismo activando sus funciones parentales, la pérdida deja un vacío enorme ¿Es susceptible de elaborar?

Quisiera referirme al trabajo publicado en la revista número 12 de la IPA, “Duelo por la muerte de un hijo” cuyos autores son Roitman, Armus y Swartz. En este escrito se menciona cuales son los factores que se incluyen en el trabajo de este tipo de duelo, para que este sea un proceso diferente, cuales son los previos y como actúan incidiendo directamente en el desarrollo del mismo.

Factores previos:

- La estructuración del yo.
- La prevalencia de estructuras de funcionamiento narcisista
- El estatuto del objeto en el yo antes de la pérdida en relación con un vínculo más narcisista o más objetal en experiencias anteriores.
- El lugar de los hijos: únicos, mayores, etc.
- Muerte esperable o inesperable. La inesperada siempre funciona como traumática. La esperable puede serlo o no.
- Cómo se procesa el duelo en la madre, en el padre y en los hermanos.

Del trabajo del Dr. Schneider, publicado en el congreso de IPA en New Orleans, me interesó el planteo de pensar el proceso terapéutico en etapas:

Una inicial de contención, de sostener y en una segunda etapa hacer un giro y discutir el proyecto terapéutico con el paciente.

Quisiera ilustrar a través de un material clínico el modo en que la dinámica transferencial y contratransferencial marcaron la dirección del trabajo.

Se trata de Francisca, una mujer de 56 años que viene a la consulta psicológica por sentirse completamente deprimida. La profesional que la deriva me informa que no es alguien a quien le resulte fácil comunicarse, que es más bien parca y callada, que ha sufrido la muerte de un hijo hace unos años. Francisca aparece en la consulta con cara sombría, mostrando signos de ansiedad marcada, desvitalizada, habla con un tono de voz bajo, demasiado pausadamente, no se ve cuidado en su aspecto, no mira a la cara y es bastante distante en el trato conmigo.

Así se presenta: *“Bueno (pausa prolongada)... estee... Tengo ganas de tener ganas. Estoy bastante complicada, muchos golpes, es que me cuesta hacer las cosas, ponerles interés.*

Soy odontóloga, es lo único que hago, me cuesta lo recreativo. Me separe hace 7 años, tomé la decisión de decir “esto no va más”, porque Luis no podía tomar la decisión, él no tenía interés en mí, no se hacía cargo, los chicos estuvieron molestos.

Teníamos tres chicos, ahora tengo dos. El mayor Fernando de 30, Claudio tendría 28, murió a los 26 hace 3 años, le faltaban dos materias para terminar sociología (llora) y Florencia de 19 está en el CBC para arquitectura.

Claudio murió de un cáncer. Me sacó toda la fuerza, fue eso... y ahora el 16 de agosto es cuando se cumple otro aniversario de la muerte de Claudio. Cada vez que se va acercando la fecha del aniversario, se me hace difícil levantarme de la cama. Si no fuera por el trabajo... Este... el sábado es tremendo y el domingo también.

La chica vive conmigo, Fernando está casado por hacer la residencia médica.

Hay una exigencia de los chicos de que esté bien, o que tenga ganas. Lo que hago lo logro con un esfuerzo muy grande.

Nada tiene valor desde la muerte de mi hijo, no me compro ropa, no me cuido, aumenté 10 kg. Los días de fin de semana duermo y nada me atrae para salir. Tengo amigas que me dicen de salir, pero me da igual cualquier película, cualquier obra de teatro...

Claudio tuvo síntomas que no supimos interpretar nosotros con el padre, ¿porqué, porqué no pensé que era grave! A principios de septiembre se hizo el diagnóstico y en octubre se lo operó. Yo dejé de trabajar, y me dediqué a él. Duró un año.

Él se fue enojando conmigo y en el último período de su enfermedad, me trataba mal.”

En relación al ex marido comenta: *“Nos conocimos con Luis a través de nuestros hermanos mayores, que eran pareja, yo estaba en el secundario, estudiamos odontología juntos, desde los 16 años hasta los 49. Fue una relación de mucho desequilibrio. No podía trabajar, me dedicaba a la casa y los chicos. Me denigraba, era muy inconstante, todo blanco y a los cinco minutos todo negro. En la medida que yo dijera todo que sí, yo era la mejor. Se fue todo al demonio cuando dije acá estoy yo. El me desautorizaba en todo, no se podía hablar.”*

Yo me preguntaba si, podría ayudarla a superar un dolor que tiene tanto de intolerable. Nada de lo que yo le dijera parecía interesarle, ni escucharme y yo tenía una sensación de impotencia. Cada sesión era comenzar a armar un vínculo, construir un diálogo, y nunca se acordaba de lo que habíamos hablado la vez anterior.

Explorar en mi, cuánta disponibilidad psíquica y emocional tenía para acompañarla constituyó un proceso que fue desarrollándose y cambiando en el tiempo. Fue creciendo y sigue también ahora que escribo sobre ella. Lentamente la sensación de imposibilidad fue quedando atrás, y descubrimos ambas como seguir: ella con su vida, y yo en mi tarea analítica.

**“Dónde plantar la algarroba blanca”
Del dolor a la esperanza**

El ex marido se volvió a casar con una chica muy joven, y está a punto de tener un nuevo hijo con dicha mujer. Yo pienso que, esta fue probablemente la forma que tuvo este hombre de atravesar su angustia, tal vez buscando nuevos reemplazos de objeto. Comprendí que el motivo de consulta de Francisca debía estar ligado, a que hacer con su vacío, y con su angustia. Ambos padres sufrieron de distinta manera, y en lugar de apoyarse interfirieron activamente en el dolor del otro.

Paciente: *“No se acercaba ni para compartir el dolor tremendo de la muerte de Claudio. Eso es muy loco, me las hizo todas. Sin embargo a mí no me jode que esté por tener otro hijo.”*

Analista: *“Eso debe haber sido aun más difícil para vos, no tener con quien compartir y en quien apoyarte.”*

Paciente: *“Es verdad, ¡no me abrazó, ni se acercó, ni siquiera para llorar juntos desde un lugar humanitario! ¡Pero como puede ser! ¡Cómo es posible! Sabes yo no hablé más de Claudio con nadie. La gente no se banca mi dolor. Tratan de calmarte para que no hables. Con los chicos hablamos bastante cuando ellos lo necesitan, pero yo no quiero transmitirles mi desesperación”.*

Durante unos meses pasó a relatarme todo sobre la vida de Claudio, sus novias, sus viajes, me traía fotos, de las vacaciones del hijo con los compañeros de la facultad.

Estos relatos fueron acompañados de mucho llanto, pero gradualmente fue calmándose y continuando con sus teorías íntimas inconfesables acerca de la presencia del hijo con posibles mensajes que él le enviaba.

Me relató que un pájaro entró por la ventana, y sobrevoló el techo de su cuarto en el aniversario de la muerte y se quedó toda la noche posado y acurrucado en una viga del techo, ella abría la ventana para que saliera, pero sobrevolaba su cabeza sin cesar de un lado hacia otro. *“Yo no creo en los espíritus, ni en la reencarnación, me da mucha vergüenza contarte esto porque vos vas a pensar, esta está loca. Pero se quedó conmigo y a la mañana siguiente cuando abrí la ventana, otra vez se fue directo sin titubear... Yo sentí que estuvo Claudio conmigo.”*

El drama de esta mujer me conmovía hasta las lágrimas, desde mi lugar de madre y de mujer me preguntaba cómo continuaba, si alguna vez encontraría cierta calma y consuelo y cómo podría serle útil a tal fin. Sentía mucho respeto por sus relatos y los seguía con mucho interés.

Después que ella se iba yo debía tomarme un rato largo antes de la llegada del próximo paciente.

En un momento nos ocupamos de la culpa: deslizó la idea de que el hijo se enfermó después de que los papás se separaron, y a reprocharse también el haber precipitado el divorcio: *“A Claudio le detectaron la enfermedad en el 2004, yo me separé en el 2001... El médico me dijo que el tumor podría ser de hace tres años.”*

Aparecía fuertemente el sentimiento de que se debería haber hecho más, que debía haberse dado cuenta de los síntomas que presentaba su hijo, como un modo de controlar lo incontrolable.

En su vida parecía no haber sectores sin conflictos. Estaba enojada, deprimida, con un déficit de narcización, debida en parte a haber permanecido y crecido junto a un marido que le usurpaba sus funciones yoicas e impedía que las mismas se desplegaran, como así también a la historia de su infancia, Francisca provenía de una familia muy infeliz.

El padre descrito como un hombre cariñoso, muy trabajador, de origen muy humilde, fue afectado de un infarto muy joven, a los 8 años de Francisca. Años más tarde, a los 14 años de la paciente, sufrió un ACV y quedó muy enfermo. Finalmente murió cuando la paciente tenía 20 años. A partir de la pérdida de salud del padre, la familia se desmoronó económicamente. Francisca ubica una infancia con privaciones afectivas y económicas.

En cuanto a la mamá la recuerda como una persona nerviosa, siempre enojada, autoritaria, a la cual nunca se la podía contradecir. Fría, distante e inaccesible. *“Recuerdo en una oportunidad me mandó a hacer una compra a un lugar, y yo fui protestando, se ofendió muchísimo, porque había cuestionado hacer una compra que ella me había mandado. Era Nochebuena y no me habló por dos días, me pegó mucho que fuese Navidad, y que no me hablara... Nunca un premio, o un incentivo por hacer las cosas bien, siempre esa mirada crítica, fría y censoradora.”*

Francisca tiene una hermana mayor, 10 años más grande, constituyó su sostén maternal, y su mayor amparo, la otra hermana le llevaba 7 años, murió hace 4 años. Tuvo varios intentos de suicidio, era esquizofrénica.

Francisca ha quedado fijada a este mandato de obedecer las órdenes de estas figuras tiránicas y sentir que algo grave podría suceder como por ejemplo la pérdida de sus objetos de amor, si ella se expresa como sujeto en la vida. Cada decisión independiente o postura personal era sentida como una transgresión o un ataque que la llenaban de miedo y culpa.

Hugo Bleichmar hace referencia a déficits yóicos, en estos términos: “El yo se desarrolla en base a posibilidades madurativas y también en base a las identificaciones y a las interacciones con un otro, que permite el ejercicio de las funciones, puede quedar mutilado si hay un trastorno en cualquiera de estas tres dimensiones...”

Sentía y decía que no pudo ser capaz de proteger a su hijo enfermo e indefenso. ¿Cómo lo recuerda a este chico esta mamá? *“Era el inteligente, el simpático, nada le resultaba complejo, a diferencia del hermano que tenía dificultades escolares. En la relación con él la charla era amena, el hermano parco, difícil caprichoso, etc.”*

Abrir un espacio para introducirme en un tema tabú como lo constituye éste que estoy tratando, me habilitó, a mí como psicoanalista a trabajar con libertad y autorizar explícitamente a mi paciente su derecho a continuar con los proyectos de vida que fueran apareciendo. Este fue el eje que tomé: trabajar microscópicamente la relación entre ambas, generar el campo propicio para la elaboración de un duelo muy difícil y especial.

A medida que fue transcurriendo el primer año de terapia conmigo fui notando enormes avances en sus ganas de trabajar, de fantasear con otro hombre, involucrarse con los otros hijos, que también atravesaban crisis en sus propias vidas. Hubo un episodio de asalto violento padecido por la hija mayor, un abuso y casi violación por parte de un remisero a la hija menor, crisis vocacionales, y de pareja en los hijos vivos. Mi hipótesis era que lo que les estaba aconteciendo, estaba relacionada con un intento de hacerse un lugar en estos padres. Por haber sobrevivido a la muerte de Claudio, se viven como malos por un lado, y por otro, abandonados. Deseosos de tener un lugar propio en la madre y en el padre, aunque más no fuese a través de sentir que sufren por ellos.

A medida que sentía y compartía su tristeza conmigo, comenzaron a surgir en Francisca el dolor por sí misma, y sus propios deseos y potencial no realizados y nunca autorizados en el pasado por sus figuras significativas, sobre todo la madre y, en la vida adulta, por el marido, constituyéndose ambos en personajes tiránicos internalizados.

Comenzaron a aparecer sus ganas, y junto con ellas empezó a faltar, creaba situaciones enojosas con el dinero, alegaba falta de tiempo para disponer sesiones de reemplazo, no aceptaba la derivación a psiquiatría, etc. En una ocasión, faltó a su sesión sin aviso, cuando tuvo que pagarla se enojó mucho y se fue silenciosa.

A la sesión siguiente me dice: *“Tengo mucha bronca, yo no quería pagar.”*

Analista: *“Me parece muy importante que puedas hablar de lo que te da bronca, esto marca un cambio. En otro momento no hubiera sucedido así.”*

Paciente: *“Es cierto, me hubiera ido con bronca, culposa por la bronca y tal vez no volvía...”*

**“Dónde plantar la algarroba blanca”
Del dolor a la esperanza**

Analista: *“Bueno lo dijiste y nada grave aconteció.”*

Fue muy marcada la sensación de alivio que reflejó en su cara y su postura. Pudimos trabajar la importancia de poder poner de manifiesto su enojo, sin consecuencias terribles, en lugar de interrumpir.

Le resulta difícil mantener un vínculo de tanta intimidad, y es muy importante que yo la sostenga a través de la mirada.

Si bien aparecía como con ganas de tener ganas, esa etapa fue muy difícil: no estaba habilitada para poder salir y divertirse, sí para trabajar hasta extenuarse. Su renuncia al placer estaba relacionada con sentimientos de culpabilidad traducidos en la sensación de haber fallado, haber desamparado, haber fracasado como madre, dejar de pensar en Claudio era sentido como falta de lealtad, traición, o abandono del hijo muerto. Esto se une a que históricamente tenía una representación de sí misma como impotente para imprimir un curso a su vida en la dirección de sus deseos, y la muerte de Claudio vino a reconfirmar sus vivencias. La fidelidad al hijo actúa como otro mandato superyoico más, que obliga a mantener el contacto con él, sin posibilidad de desligarse el objeto perdido... Por eso el paciente se resiste, consciente o inconscientemente, a cualquier intento terapéutico de disminuir su dolor y tristeza, ya que cree que son testimonio de amor y de bondad parental.

Mi proyecto terapéutico era que Francisca reanudara su compromiso con la vida y con los vivos, que retomara proyectos, con todas las cosas que puedan darle significado a su vida.

Al año aproximadamente vino a una sesión relatando que los pensamientos relacionados con su hijo, estaban acotados a una región más chica, *“lo puedo ubicar en un sector, antes me abarcaba todo.”* También notaba que cada avance era seguido por mucha culpa, miedo y sensación de no tener derecho.

Un tema que la obsesionaba fue que en los últimos días de la vida de Claudio, Francisca plantó una algarroba blanca, en una maceta, con la finalidad de hacerla crecer y ponerla fuerte.

Esa planta provenía de unas semillas traídas de un viaje hecho a San Luis, en donde ella visitó un árbol milenario famoso, que según dicen las leyendas representa el árbol de la vida. Guardó las semillas, y cuando Claudio se enfermó gravemente, se le ocurrió plantar en una maceta, las cuatro que conservó. Germinó una sola, inmediatamente después de que murió Claudio. La intención era llevarla a una reserva ecológica cerca del río, para que continúe su ruta en la tierra. Es de mencionar que Claudio fue cremado y sus cenizas fueron esparcidas en la ribera. Había tomado por fin la decisión de plantar la algarroba, ya que había crecido lo suficiente, estaba grande y robusta. Sucedió entonces, que no la dejaron hacerlo en dicho lugar.

Francisca viene a la sesión con una pregunta que la atormenta: *“¿Qué hago con la algarroba ahora? Quiero interrumpir el tratamiento porque estoy mejor y yo primero pienso, interrumpo y después trato de hacer lo que quedó detenido, las cosas que postergo”.*

Analista: *“Me estás mostrando en vivo y en directo lo que le pasó a tu hijo, que en lo mejor, quedó interrumpida su vida. Creo firmemente que tenés derecho a seguir viva, a tener proyectos y a no interrumpir lo que te sirve y te hace bien.”*

También le señalé su intento de interrupción como una modalidad de vincularse en la que frecuentemente se acerca, pide ayuda y cuando se la dan, la rechaza. Esta interpretación marcó un hito importante en el tratamiento ya que no solamente no discontinuó su asistencia, sino que cambió su posición respecto a mí...

Allí comenzó la segunda etapa donde estrenó otra modalidad, que se caracterizó

por la facilidad para hablar, consensuar, dejarse ayudar, apareciendo gradualmente la confianza en mí. Aceptó con bastantes resistencias y rodeos la derivación al tratamiento psiquiátrico. Le recetaron un antidepresivo y un ansiolítico en dosis baja.

Últimamente viene sonriendo. Francisca puede mencionar que se siente andando, y que teme que en ese andar los recuerdos de Claudio que comenzaron a desdibujarse se le escapen. Compara la edad de sus hijas, que ya superaron la edad en que Claudio falleció. Y es como que algunas cosas siguen adelante y otras quedaron atrás.

Me comenta que está bajando de peso, que se ve con las formas conservadas de mujer. Al mismo tiempo expresa abiertamente, que el lugar que Claudio tiene adentro suyo, nada lo va a poder sacar, que es muy especial. Encontrarle un lugar, dentro de sí misma, liberar otros espacios para seguir con la propia vida, fue como posibilitar plantar la algarroba internamente.

La pérdida del hijo fue la pérdida de un objeto, y de un proyecto, principio organizador central de su vida, que no solamente incluye al porqué, sino también al cómo de la vida. Es la más difícil de soportar, en este caso la paciente continúa interrogándose cómo sigue, mientras seguimos andando...

Creo que vale la pena.

Resumen

El objetivo de este trabajo es poder reflexionar a cerca de la problemática de un tipo de pérdida y su procesamiento. Me refiero a cuando alguien tiene que enfrentar la pérdida de un hijo. La propuesta es reflexionar acerca de cómo podemos ayudar con la terapia, y también como transformar esta zona dolorosa que desde lo humano provoca identificación, en un abordaje conceptual posible.

Es un suceso que subvierte el orden natural, un hecho absurdo, nadie está preparado para él.

A través de la presentación de un caso clínico, intento detectar aquellos factores que influyeron especialmente en este tipo de duelo y cuales han sido los previos, y incidieron directamente en el desarrollo del mismo. Establecer como intervenir psicoanalíticamente para ayudar a una persona con ese dolor.

Bibliografía

Bensión Winograd: Depresión: ¿Enfermedad o crisis? Paidós Bs As ed. 2005

Bleichmar Hugo: Avances en psicoterapia psicoanalítica. Paidós ed. 1977.

J. Laplanche, J. B. Pontalis: Diccionario de psicoanálisis. Ed Labor ed. 1981.

Schneider Jorge: Caso clínico sobre depresión. Congreso I.P.A. New Orleans 2004.

Roitman Aida, Armus Marcela, Szwarc Norberto: "Duelo por la muerte de un hijo". Revista internacional de psicoanálisis numero 12.

“Onde plantar a algarobeira branca” Da dor à esperança

*Patricia Mirochnik**

O objetivo deste trabalho é poder refletir sobre a problemática de um tipo de perda e seu processamento. Para mim, acho que constitui o padecimento emocional mais horrível pelo qual um ser humano tem que passar, me refiro a quando alguém tem que enfrentar a perda de um filho.

Ao tratar-se da morte mais terrível, a proposta foi refletir de que maneira podemos ajudar com a terapia, e também como transformar esta zona dolorosa que a partir do humano provoca identificação, em uma abordagem conceitual possível, cuidando para não transformar a dita conceitualização em uma generalização excessiva. Isto implicaria levar em consideração aquilo que é específico em cada processo.

É um acontecimento que subverte a ordem natural, um fato absurdo, os pais projetaram muitas coisas para o filho, ninguém está preparado para essa perda, como compreender o que acontece com os que ficam, como encontrar sentido nesta situação absurda?

De acordo à definição de Laplanche e Pontalis, o trabalho de luto é “um processo intrapsíquico como consequência da perda de um objeto de fixação e por meio da qual o sujeito consegue se desprender progressivamente do dito objeto”.

Comenta que “se deve relacionar com o conceito de elaboração psíquica concebida como uma necessidade do aparato psíquico de conectar impressões traumatizantes.”

Mas, como, quando, neste luto especial? Esta é uma experiência limite.

Que características singulares são encontradas no processamento deste luto? Partindo da base que o vínculo de um sujeito com seus filhos produz uma modificação em seus estados afetivos, uma profunda mudança no seu psiquismo ativando suas funções parentais, a perda deixa um vazio enorme. É suscetível de elaborar?

Gostaria de me referir ao trabalho publicado na revista número 12 da IPA, “Luto pela morte de um filho”, cujos autores são Roitman, Armus e Szwarc. Neste artigo são mencionados quais os fatores que são incluídos no trabalho deste tipo de luto, para que este seja um processo diferente, quais são as preliminares, e como atuam prejudicando diretamente no desenvolvimento do mesmo.

Fatores preliminares:

- Estruturação do eu.
- Prevalência das estruturas de funcionamento narcisista
- Estatuto do objeto no eu antes da perda em relação com um vínculo mais narcisista ou mais objetal em experiências anteriores.
- Lugar dos filhos: únicos, mais velhos, etc.
- Morte esperada ou inesperada. O inesperado sempre funciona como traumático. O que é esperado pode sê-lo ou não.
- Como é processado o luto da mãe, do pai e dos irmãos.

Do trabalho do Dr. Shneider, publicado no congresso de IPA, em Nova Orleans, me interessou a colocação de pensar o processo terapêutico em etapas:

Uma inicial de contenção, de apoio e, em uma segunda etapa, dar uma guinada e discutir o projeto terapêutico com o paciente.

Quero mostrar, através de um material clínico, o modo em que a dinâmica transferencial e contratransferencial determinaram o rumo deste trabalho.

Trata-se de Francisca, uma mulher com 56 anos de idade, que vem para a consulta psicológica por se sentir totalmente deprimida.

A profissional que a encaminha me informa que é alguém que tem dificuldades para se comunicar, que é sisuda e calada, que perdeu um filho há alguns anos.

Francisca aparece na consulta com uma cara triste, mostrando sinais de ansiedade acentuada, sem vitalidade, fala com um tom de voz baixo, muito pausado, não apresenta bom aspecto, não olha nos olhos e é bastante distante no tratamento comigo.

Apresenta-se assim: *“Bom... (pausa prolongada)... Tenho vontade de ter vontade. Estou muito abalada, muitos sofrimentos, tudo é difícil, não sinto interesse por nada.*

Sou dentista, é a única coisa que faço, não me divirto. Separei-me faz 7 anos, tomei a decisão de dizer que não dava mais, porque Luís não se decidia, já não se interessava por mim, não era responsável, as crianças já o incomodavam.

Tínhamos três filhos, agora tenho dois. O mais velho, Fernando, com 30 anos, Cláudio teria 28 anos, tinha 26 anos quando morreu há 3 anos, faltavam duas matérias para se formar em psicologia (chora) e Florência, com 19 anos, está estudando para fazer arquitetura.

Cláudio morreu de câncer. Isso me deixou sem forças..., foi isso... e agora no dia 16 de agosto vai fazer outro ano que Cláudio morreu.

Cada vez que vai chegando a data de aniversário de falecimento, é difícil para mim levantar da cama. Se não fosse pelo trabalho... No sábado é muito mais difícil e no domingo também

Minha filha mora comigo, Fernando está casado e está por fazer residência médica.

Os meus filhos exigem que eu esteja bem, ou que tenha vontade. Tudo aquilo que faço me exige muito esforço.

Nada mais tem sentido desde a morte de meu filho, não compro roupa, não me cuido, engordei 10 kg. Nos fins de semana durmo e não tenho nenhuma vontade de sair. Tenho amigas que me dizem que tenho que sair, mas para mim é indiferente se tenho que assistir qualquer filme ou uma peça de teatro...

Cláudio tinha sintomas que não soubemos interpretá-los, por que..., por que não pensei que era algo grave! Foi diagnosticado que tinha câncer no início de setembro e em outubro foi operado. Deixei de trabalhar e me dediquei totalmente a ele. Isso durou um ano.

Ele morreu muito zangado comigo e na última fase de sua doença, me tratava mal.”

Em relação ao seu ex-marido comenta:

P: *“Conheci Luís através de nossos irmãos mais velhos que eram casados, eu estava no 2º Grau, estudamos odontologia juntos, desde os 16 até os 49 anos. Foi uma relação muito desequilibrada. Não podia trabalhar, me dediquei a cuidar da casa e das crianças. Ele me ofendia, era muito inconstante, tudo estava bem e em cinco minutos tudo mudava.*

Se eu dizia sempre sim eu era a melhor. Tudo se complicou quando eu disse aqui estou. Ele me desautorizava em tudo, não podia falar.”

Eu me perguntava se poderia ajudá-la a superar uma dor tão intolerável. Nada do que eu lhe dizia parecia lhe interessar, não me escutava e eu me sentia impotente. Em cada sessão tinha que começar a montar um vínculo, construir um diálogo, e nunca se lembrava do que havíamos falado na última sessão.

Explorar em mim, quanta disponibilidade psíquica e emocional tinha para acompanhá-la constituiu um processo que foi se desenvolvendo e mudando com o passar do tempo. Isso foi aumentando, e continua também agora que escrevo sobre ela.

Lentamente a sensação de impossibilidade foi ficando para trás, e ambas descobrimos como continuar: ela com sua vida e eu com a minha tarefa analítica.

**“Onde plantar a algarobeira branca”
Da dor à esperança**

O seu ex-marido voltou a casar com uma mulher muito jovem e logo vai ser pai de novo. Acho que esta foi provavelmente a forma que este homem teve para agüentar a sua angústia, talvez tentando fazer novas trocas de objeto.

Compreendi que o motivo da consulta de Francisca devia estar relacionado, o que fazer com o seu vazio e com a sua angústia.

Ambos os pais sofreram, de forma diferente, ao invés de se apoiarem, interferiram ativamente na dor um do outro.

Paciente: *“Não se aproximava nem para compartilhar a tremenda dor pela morte de Cláudio. Isso foi uma loucura, me fez de tudo.*

Entretanto, não me incomoda que ele vai ser pai outra vez.”

Analista: *“Isso deve ter sido muito mais difícil para você, não ter com quem compartilhar e em quem se apoiar.”*

Francisca: *“É verdade, não me abraçou, não se aproximou, nem sequer para chorarmos juntos. Mesmo que fosse apenas por gesto humanitário! Como pode ser! Como isso é possível!” Sabe, eu não falei mais sobre Cláudio com ninguém. As pessoas não suportam minha dor. Tentam me acalmar para que não fale. Com meus filhos falo bastante somente quando eles necessitam alguma coisa, mas eu não quero transmitir a eles meu desespero”.*

Durante alguns meses falou tudo sobre a vida de Cláudio, de suas namoradas, suas viagens, trazia fotos, das férias, dele com seus colegas da faculdade.

Estes relatos foram acompanhados com muito choro, mas, gradualmente, foi se acalmando e continuando com suas teorias íntimas inconfessáveis sobre a presença do filho, com possíveis mensagens que ele lhe enviava.

Comentou também que um pássaro entrou pela janela e sobrevoou o teto de seu quarto no aniversário da morte de seu filho e ficou toda a noite, quieto e encolhido em uma viga do teto, ela abria a janela para que ele sáísse, mas sobrevoava a sua cabeça sem parar, ia de um lado para outro. *“Eu não acredito nos espíritos, nem na reencarnação, sinto muita vergonha em contar isto porque você vai pensar que estou louca. Mas, o pássaro ficou comigo e, na manhã seguinte, quando abri a janela outra vez foi embora sem titubear. Senti que Cláudio esteve ali comigo.”*

O drama desta mulher me comovia até as lágrimas, no meu lugar de mãe e de mulher me perguntava como ela podia continuar, se alguma vez encontraria um pouco de calma e consolo e como poderia ser-lhe útil. Sentia muito respeito por seus relatos e a escutava com muito interesse.

Depois que ela ia embora eu precisava descansar bastante antes que chegasse o outro paciente.

- Em algum momento nos ocuparemos da culpa:

Deixou transparecer a idéia de que “o filho ficou doente depois que os pais se separaram, e também se sentia culpada por ter precipitado o divórcio: *“Detectaram a doença no ano de 2004 e nós nos separamos em 2001. O médico me disse que o tumor poderia ser de três anos atrás.”*

Surgiu fortemente um sentimento de que deveria ter feito alguma coisa, que devia ter-se dado conta dos sintomas que seu filho apresentava, como uma forma de controlar o que é incontrolável.

Parecia não haver setores em sua vida que não tivesse conflitos, estava zangada, deprimida, com um déficit de narcisização, isso devido, em parte, por haver permanecido e crescido junto a um marido que usurpava as funções do ego e impedia que as mesmas se desenvolvessem, como assim também a história de sua infância, Francisca vinha de uma família muito infeliz.

Descreveu o pai como um homem carinhoso, muito trabalhador, de origem muito humilde, sofreu um infarto quando era jovem. Francisca tinha 8 anos de idade, anos mais

tarde, quando ela tinha 14 anos, sofreu um AVC e ficou muito doente. Finalmente, morreu quando a paciente tinha 20 anos. Devido à doença do pai, a família se desmoronou economicamente.

Francisca teve uma infância com privações afetivas e econômicas.

Lembra da sua mãe como uma pessoa nervosa, sempre zangada, autoritária, a qual nunca se podia contradizer. Fria, distante e inacessível... *“Lembro que em uma oportunidade me mandou fazer uma compra a um lugar, e eu fui reclamando, ficou muito ofendida porque havia questionado a sua ordem. Era Natal, e não falou comigo durante dois dias, me doeu muito porque era Natal e porque ela não me dirigia a palavra...”*

... *“Nunca houve um prêmio ou um elogio quando fazia as coisas bem, sempre tinha um olhar crítico, frio e censorador...”*

Francisca tem uma irmã mais velha, 10 anos mais velha, passou a ser apoio maternal e seu maior amparo, a outra irmã era 7 anos mais velha, morreu há 4 anos, era esquizofrênica e tentou suicidar-se várias vezes.

Francisca ficou obcecada em obedecer às ordens destas figuras tirânicas, e a sentir que algo grave poderia suceder, como por exemplo, a perda de seus objetos de amor, se ela se expressasse como sujeito na vida. Cada decisão independente ou postura pessoal era sentida como uma transgressão ou um ataque que a enchia de medo e culpa.

Hugo Bleichmar faz referência aos déficits do eu nestes termos:... *“O eu se desenvolve baseado nas possibilidades de amadurecimentos e também nas identificações e nas interações com um outro, que permite o exercício das funções, pode ficar mutilado se existe um transtorno em qualquer das três dimensões...”*

Sentia e dizia que não foi capaz de proteger seu filho doente e indefenso.

- Como esta mãe lembra-se deste jovem? *“Ele era inteligente, simpático, nada era difícil para ele, ao contrário do seu irmão que tinha dificuldades na escola, com ele podia conversar tranquilamente, seu irmão era sisudo, difícil, teimoso etc.”*

Abrir um espaço para me introduzir em um tema tabu como este que estou tratando, me possibilitou, como psicanalista, trabalhar com liberdade e autorizar, explicitamente, a minha paciente seu direito de continuar com os projetos de vida que foram aparecendo. Este foi o rumo que tomei: trabalhar microscopicamente a relação entre ambas, gerar um campo propício para a elaboração de um luto muito difícil e especial.

- À medida que foi passando o primeiro ano de terapia fui percebendo enormes avanços na sua vontade de trabalhar, de se imaginar com outro homem, de se envolver com os outros filhos, que também passavam por crises em suas próprias vidas.

Sua filha mais velha sofreu um assalto violento, a filha mais nova foi abusada e quase foi violada por um motorista de táxi, seus filhos sofreram crises vocacional e no casamento.

Minha hipótese era que o que lhes estava acontecendo se relacionava com uma tentativa de ganhar um lugar junto aos pais. Por haverem sobrevivido à morte de Cláudio, vivem de maus por um lado, e por outro, abandonados.

Ansiosos por ter um lugar próprio junto à mãe e ao pai, pelo menos que seja para demonstrar que sofrem por eles.

À medida que sentia e compartilhava sua tristeza comigo, começou a surgir em Francisca a dor por si mesma, pelos seus próprios desejos e potencial não realizados e nunca autorizados no passado por suas figuras significativas, especialmente a mãe e, na vida adulta, o marido. Constituindo ambos como personagens tirânicos internalizados.

Começaram a aparecer vontades e, junto com elas, começou a faltar, criava situações descabeladas com o dinheiro, alegava falta de tempo para recuperar as sessões,

**“Onde plantar a algarobeira branca”
Da dor à esperança**

não aceitava ser atendida por outro psiquiatra, etc. Certa ocasião faltou à sessão sem aviso, quando teve que pagar ficou muito zangada e foi embora muito silenciosa.

Na seguinte sessão me diz: *Fiquei com muita raiva, eu não queria pagar.*

Analista: *Parece-me muito importante que você possa falar daquilo que lhe incomoda, isto já é uma mudança. Em outro momento não teria sido assim.*

Paciente: *É verdade, teria ido embora com raiva, sentido culpa pela raiva e talvez não voltasse...*

Analista: *Viu, você falou e não aconteceu nada grave.*

Foi marcante a sensação de alívio refletida no seu rosto e sua postura.

Conseguimos trabalhar sobre a importância de poder expressar a sua raiva, sem conseqüências terríveis, em vez de deixar de vir.

É muito difícil para ela manter um vínculo com tanta intimidade, e é muito importante que eu a apoie através do olhar.

A fidelidade ao filho age como mais um mandato do superego, que a obriga a manter o contato com ele, sem possibilidade de se desligar do objeto perdido... Por isso, a paciente se resiste consciente ou inconscientemente a qualquer tentativa terapêutica de diminuir sua dor e tristeza, já que acha que são testemunhas do amor e da bondade parental.

Meu projeto terapêutico era que Francisca voltasse a ter compromisso com a vida e com os vivos, que retomasse projetos, todas as coisas que pudessem dar significado a sua vida.

Mais ou menos depois de um ano veio a uma sessão comentando que os pensamentos relacionados ao seu filho, estavam localizados em uma região menor, *posso localizá-lo em um setor, antes abrangia tudo.*

Também percebia que cada avanço vinha acompanhado por muita culpa, medo e sensação de não ter direito.

Tinha como obsessão o fato de que nos últimos dias de vida de Cláudio, ela plantou uma algarobeira branca, em um vaso, esperando que crescesse e ficasse forte.

Essa árvore provia de sementes trazidas de uma viagem feita à Província de San Luís, Argentina, onde ela visitou uma árvore milenária muito famosa; de acordo com a lenda, representa a árvore da vida. Guardou as sementes, e quando Cláudio ficou gravemente doente, resolveu plantar em um vaso as quatro sementes que tinha guardado. Só uma germinou logo após a morte de Cláudio.

A intenção era levá-la a uma reserva ecológica perto do rio, para que continuasse seu crescimento na terra. Vale mencionar que Cláudio foi cremado e suas cinzas foram espalhadas na beira do rio.

Finalmente, tomou a decisão de plantar a algarobeira, já que havia crescido o suficiente, estava grande e robusta. Aconteceu que não a deixaram plantá-la nesse lugar.

Francisca vem à sessão com uma pergunta que a atormenta:... *“O que faço agora com a algarobeira? Quero interromper o tratamento porque agora estou melhor e eu penso, primeiro interrompo e trato de fazer o que ficou pendente, as coisas que posterguei”.*

Analista: *Está me mostrando ao vivo o que aconteceu com seu filho, que na sua melhor fase a vida foi interrompida.*

Penso firmemente que você tem o direito de continuar viva, de ter projetos e não interromper aquilo que é bom e lhe faz bem.

Também lhe mostrei que na sua tentativa de interrupção havia uma modalidade de vincular-se na que freqüentemente se aproxima, pede ajuda e quando esta é oferecida, a rechaça.

Essa interrupção foi um marco muito importante no tratamento, já que não deixou de vir, mas mudou o seu posicionamento a respeito a mim...

Aí começou a segunda etapa, onde apareceu outra modalidade, que se caracterizou

pela facilidade para falar, consentia, deixou-se ajudar, surgindo, gradualmente, a confiança em mim. Aceitou com muita resistência e deu voltas para ser encaminhada a um tratamento psiquiátrico. Receitaram-lhe um antidepressivo e um ansiolítico em dose baixa.

Ultimamente chega sorrindo.

Francisca pode mencionar que sente que está andando e que teme que nesse caminho as lembranças de Cláudio que, começaram a dissipar-se, fossem embora.

Compara a idade de suas filhas, que já superaram a idade de Cláudio quando faleceu. Sente que algumas coisas vão para frente e outras ficaram para trás.

Comenta que está emagrecendo e que se vê com a silhueta de uma mulher conservada.

Ao mesmo tempo expressa abertamente, que o lugar que Cláudio tem dentro dela, ninguém vai poder tirá-lo, que é algo muito especial.

Encontrar um lugar dentro de si mesma, liberar outros espaços para continuar com a sua própria vida, foi como uma possibilidade de plantar a algarobeira internamente.

A perda do filho foi a perda de um objeto, e de um projeto, princípio organizador central de sua vida, que não somente inclui o porquê, senão também o como da vida. É a mais difícil de suportar, neste caso a paciente continua perguntando-se como continuar, enquanto continuamos andando...

Acho que vale a pena.

Resumen

O objetivo deste trabalho é poder refletir acerca da problemática de um tipo de perda e seu processamento. Refiro-me a quando alguém tem que enfrentar a perda de um filho. A proposta é refletir acerca de como podemos ajudar com a terapia, e também como transformar esta zona dolorosa que desde o humano provoca identificação, em uma abordagem conceitual possível.

É um acontecimento que subverte a ordem natural, um fato absurdo, ninguém está preparado para ele.

Através da apresentação de um caso clínico, tento detectar aqueles fatores que influenciaram especialmente neste tipo de luto e quais foram os prévios, e incidiram diretamente no desenvolvimento do mesmo. Estabelecer como intervir psicanaliticamente para ajudar a uma pessoa com essa dor.

Bibliografía

Bensión Winograd: Depresión: ¿Enfermedad o crisis? Paidós Bs As ed. 2005

Bleichmar Hugo: Avances en psicoterapia psicoanalítica. Paidós ed. 1977.

J. Laplanche, J. B. Pontalis: Diccionario de psicoanálisis. Ed Labor ed. 1981.

Schneider Jorge: Caso clínico sobre depresión. Congreso I.P.A. New Orleans 2004.

Roitman Aida, Armus Marcela, Szwarc Norberto: "Duelo por la muerte de un hijo". Revista internacional de psicoanálisis numero 12.

De la locura a la creatividad

Brenda A. Tolosa Castro*

Mina... una lucha por sostenerse.
Vivir a través de dar vida a algo que ya no existe, tratando de encontrar
el sentido de la existencia entendiendo el proceso de la muerte.

Trabajar con pacientes psicóticos, es toda una experiencia psicoanalítica, sobre todo cuando vas empezando a tener este tipo de pacientes, es entrar en su locura, y en la propia locura. Donde dejamos nuestra parte más primitiva a flor de piel, para poder conectar con el paciente, y da miedo porque despierta nuestros propios núcleos psicóticos.

Ha sido fascinante trabajar con Mina y he seguido parte de mi sentir, y lo diré sinceramente, sin saber si es lo que debo hacer o no. Lacan dijo: *que debemos de tomar en serio nuestra experiencia pero que el hecho de ser analista no lo exime a uno de ser inteligente y sensible*. Al trabajar con pacientes gravemente afectados experimentamos muchas emociones y estas producen un enorme impacto en nuestro pensamiento.

Al comienzo de la práctica los únicos referentes con los que disponemos, son los adquiridos por la experiencia de un análisis personal, a lo que se añade un corpus teórico adquirido a través de lecturas y seminarios. La inexperiencia en los comienzos de la práctica hace que nos aferremos a un marco teórico como “tabla de salvación” para evitar que la patología del paciente nos desborde. La teoría ofrece puntos de referencia pero también funciona como defensa, contra un decir del paciente cuando este decir toca en el “punto ciego” del analista. Y el efecto se traduce en la sordera de este. También aparece la necesidad de parecer competentes, y por consiguiente surge la compulsión del analista a interpretar, cuando en realidad el analista debe atenerse a una actitud “expectante”. No se trata tanto de informar al paciente sino de esperar el momento oportuno en el que la interpretación pueda tener valor de progreso y así ejercer una acción de mutación.

Mina, en más de una ocasión me dijo: *Brenda, parece que me vas a dar la interpretación número 30*. Cuando me lo dijo al principio me dije se resiste, y después pensé es verdad, estoy dándole explicaciones y aquí no se trata de informar al paciente sino de saber esperar el momento oportuno, cuando el deseo del sujeto hace presente ese algo inexpresable que le toca al analista poder nombrar, autorizando al paciente a alcanzar una verdad.

Cuando miré a Mina por primera vez me llamó mucho la atención, tanto por su apariencia física como por su forma de comportarse. Es extraña a simple vista, siempre viste de negro, pantalón de mezclilla, camisetas, chamarras grandes y botas tipo militar, cabello largo lacio con partidura en medio, sin estar bien peinado y frecuentemente el cabello le cubre parte de la cara, usa lentes que dejan ver unos ojos grandes hundidos, de mirar profundo, presenta líneas de expresión muy marcadas que van de la nariz a la comisura labial, con fuerte olor a cigarro. Al empezar a hablar su lenguaje es pausado, entrecortado, y por momentos dura segundos para decir otra palabra, y suele decir *¿Que estaba diciendo? ... Ah, sí...* y continúa. De caminar lento, semi-encorvada.

Mina es una mujer de 47 años inteligente, sensible, perceptiva, se dedica al arte, la pintura. Viene de una familia donde el padre era militar, autoritario, agresivo, y una madre inteligente, culta pero alejada emocionalmente aunque siempre al cuidado físico de

ellos. Es la segunda de 4 hermanos y tiene una relación muy conflictiva con la hermana mayor. La mamá actualmente vive en un asilo, tiene limitaciones físicas pero mentalmente muy lúcida, Mina la visita muy de vez en cuando, y siempre se siente culpable de no ir a verla, pero cuando va no sabe de qué hablar con ella; cualquier comentario hecho por la mamá le da coraje. Sin embargo le habla seguido, pero le pasa igual, no sabe qué decirle, no hay conversación. Mina vivió una relación incestuosa: de forma indirecta la que mantuvo incesto por varios años fue la hermana mayor con el padre, pero Mina compartía cuarto con ella, y aunque percibía cosas nunca supo nada hasta que tuvo 15 años, y la mamá le confesó que su hermana Rosario mantenía relaciones con el padre. Desde entonces odió a su padre y cuando este murió no pudo llorarle. Se refiere a él como *coquino puero asqueroso*, con un fuerte coraje con la hermana, ya que esta siempre está corrigiéndola. Mina dice *“la odio, es una metiche que se fije en su vida, no tiene otra cosa que hacer”*. Se casó a los veinte y quedó embarazada sin quererlo, fue algo verdaderamente traumático para ella. No lo quería, odiaba estar embarazada, sentía que “eso” le iba a privar, limitar, quitar el tiempo que necesitaba para pintar. Se golpeaba el vientre e hizo todo lo posible para abortar. Finalmente le practicaron un aborto, Mina describe el consultorio frío y una enfermera que no habló nunca. Pero ella no sintió dolor, no sintió la pérdida, su vida continuó. Mina tuvo su primer brote psicótico a la edad de veinte años que ameritó una hospitalización de tres meses de internación. Recuerda que en sus momentos de lucidez se dedicaba a dibujar. Ha tenido dos brotes psicóticos más, el último hace 4 años.

Desde el primer momento me inspiró ternura y deseos de ayudarla, a pesar de la apariencia un tanto grotesca, y de ese mundo lleno de confusión. Al inicio del análisis estaba angustiada, desorganizada, con múltiples pensamientos que no la dejaban trabajar, y su máxima preocupación era no poder pintar. Le costó trabajo entrar a análisis porque había tenido una experiencia previa de diez años donde terminó muy enojada con el analista y sintiendo que no había servido de nada.

Mina no tiene muchos recuerdos y eso “no vivido” es aquello que se perdió en momentos muy tempranos de la vida psíquica, por la acción intensa y repetida de defensas primitivas que nunca permitieron su procesamiento y significación posterior, al tratarse de vacíos en proceso de desarrollo que no pudieron cumplirse. Se abarcan aquí tanto los aspectos pulsionales y objetales del psiquismo temprano, como las dificultades de los padres para dar adecuado cuidado y protección, ya sea por sus propias incapacidades o por la intensidad de las fantasías eróticas y agresivas relacionadas con el niño.

Aparentemente no se nota el odio, la agresividad, pero su pintura es sobre la muerte. En un principio pensé que era forma de dar vida a algo que se sentía muerto (ella) pero también el goce tiene que ver con la pulsión de muerte, Mina me decía *“es que me siento culpable. Cuando estoy pintando llego a sentir un gran placer, gozo, puedo llegar al éxtasis, pero luego me siento mal porque estoy gozando al pintar parte de alguien que se suicidó.”*

Me dijo *“Miré un reportaje de un japonés que se había comido a su mujer –esto creo que fue en Holanda– y lo deportaron a su país y ahí lo dejaron libre, y él decía “es que no estoy bien, todavía no siento bien”... Yo creo que él sentía que podía volver a hacer lo mismo. Cuando estaba en el semefo¹ en México, miré pasar una pierna y sentí ganas de morderla. Se veía así negruzca, me da mucho miedo. Claro sólo fue un pensamiento, pero tengo miedo, me da miedo hacer daño... Pavo² afiló los cuchillos, y yo... Ay no, me dan miedo.”* Cuando estos pensamientos están presentes entra en estados confusionales intensos, con una desorganización que tiende a paralizarla no dejándola hacer nada.

1 Secretaría de Medicina Forense donde se realizan autopsias a víctimas de homicidios o suicidios controversiales.

2 Apodo de una persona.

Melanie Klein descubrió cómo el niño a partir de la más temprana infancia proyecta sus pulsiones libidinales en un pecho que siente ser bueno, y sus pulsiones agresivas en un pecho que siente ser malo. El pecho bueno y el pecho malo son introyectados y el lactante los siente como estando a la vez fuera y dentro de él. El pecho bueno constituye el prototipo de todos los objetos ulteriores mientras que el pecho malo, es sentido como perseguidor y constituye el prototipo de todos los objetos perseguidores subsiguientes. En la posición paranoide el lactante mantiene separados entre sí el pecho bueno, y el pecho malo. Ocasionalmente se presentan estados de integración, cuando el amor y el odio llegan a ser vivenciados hacia un único y mismo pecho, las pulsiones constructivas atenuando y controlando las pulsiones destructivas. Pero si en determinadas condiciones externas e internas, si llegan a predominar momentáneamente las pulsiones agresivas, pueden surgir estados en los que las pulsiones de amor y odio, así como los objetos buenos y malos no logran ser mantenidos por separado y son por lo tanto sentidos como mezclados o confundidos. El estado confusional se halla asociado a una angustia extrema porque al confundirse las pulsiones libidinales y destructivas, estas últimas aparecen amenazar con destruir las primeras (Rosenfeld, *Estados psicóticos*, pp. 64-65).

El deseo de escribir sobre este caso nace a partir de que Mina después de una sesión, llama para decir que no va a volver, no me lo dice a mí. Al principio me quedé como impactada, pensé ¿qué pasó? Me sentía confundida, triste, y a la vez como aliviada, no supe si llamar pronto o esperar, pasaron como tres días y volvió a llamar para decir que siempre va a venir a la sesión, pero que esa va a ser la última. Cuando llega a la sesión se le ve triste, preocupada, pero muy enojada y me reclama que yo quiero que vea mal a su mamá, que la odie, que la vea como un monstruo y que ella sabe que su madre no tenía otra opción para la época en que vivía, además de que sus abuelos no la apoyaron, y dice “*ahora ya es una anciana, siempre ha sido muy inteligente, lee mucho es una mujer muy activa*”. En esta sesión Mina llora y me dice que no sabe si seguir con la terapia o no, que ella me va a llamar. Yo sentí mucho dolor, el pecho apretado, me sentía culpable sabiendo que nunca le había dicho lo que ella decía, sin embargo solo le dije que respetaba su decisión y que yo estaría ahí para cuando ella decidiera regresar, sentí que no era el momento de decirle que lo que ponía en mi era de ella y pensé que volvería y ya encontraríamos el momento adecuado. Cuando la psicosis se presenta en el análisis, la transferencia trae consigo estadios arcaicos, resaltando el narcisismo patológico del paciente. El revivir del pasado se hace dificultoso por las grandes lagunas, disociaciones y vacíos. Las emociones tempranas que nunca fueron integradas ni superadas complejizan la corriente transferencial y las construcciones delirantes en las que el Yo busca refugio; oscurecen la visión. Pero es conveniente recordar que estos compromisos no surgen debido a que el análisis favorezca regresiones peligrosas, sino que ya forman parte de la patología preexistente y que lo que revive el análisis son momentos narcisistas, sus defensas y los grandes sufrimientos psíquicos en que se fueron originando y desarrollando las estructuras patológicas.

El abordaje psicoterapéutico de la psicosis y su ingreso como una entidad analizable al terreno psicoanalítico tiene una estrecha relación con la transferencia. La comunicación de los momentos más primitivos del psiquismo durante el proceso y la situación psicoanalítica configura un profundo problema. Hasta hace poco la mayoría de los psicoanalistas se abstendían de tratar pacientes esquizofrénicos en la creencia que el esquizofrénico es incapaz de establecer transferencia: no es que no exista la transferencia, sino lo difícil

del problema es el reconocimiento e interpretación de los fenómenos transferenciales psicóticos (Doria, R. – Melgar, M.C., *Hacia el psicoanálisis de las psicosis*, pág. 15).

Herbert A. Rosenfeld dice que los pacientes con esquizofrenia crónica se dividen en dos grupos. En el primer grupo se registra una historia de un deterioro gradual a lo largo de un periodo de años, sin que se registre ningún ataque agudo. Estos pacientes carecen de sentimientos y están desconectados del entorno, pero a menudo tienen cierto insight de su estado. Algunos de ellos acuden regularmente a su análisis a lo largo de muchos años, y su estado presenta con frecuencia una mejoría gradual pero clara. Su conducta en análisis puede ser muy semejante a la de los pacientes neuróticos. Los pacientes del segundo grupo son los que han tenido uno o más ataques de esquizofrenia aguda de los cuales sólo se recuperaron de forma parcial. Ya no hablan de sus delirios y a menudo sostienen estar perfectamente bien, pero siguen incapacitados para trabajar y la observación detallada revela con frecuencia que aún persiste algún sistema delirante. Estos pacientes raramente solicitan tratamiento por propia iniciativa pero acuden ante la sugerencia de un amigo o familiar. Una vez que aceptan venir lo hacen con regularidad y por sí mismos, pero el tratamiento es muy difícil. Tienen tendencia a no hablar de sus síntomas por miedo a que surjan sus delirios, tienen de poco a nada de insight. (Rosenfeld, *Estados psicóticos*, pág. 147) En estos pacientes y sobre todo en Mina cualquier interpretación promovía en ella fuertes ansiedades paranoides. Y rara vez faltaba una interpretación que impidiera incrementar su aguda sensación de ser atacada por mí. Siempre confusa me decía “*me siento muy confundida, me dejaste pensando mucho, ¿a ver, qué me dijiste?... ¿Cómo está eso?... Ah!*” Los estados confusionales de los esquizofrénicos se relacionan con estados confusionales infantiles, estados de desintegración. Estos se hallan asociado a una angustia extrema porque, al confundirse las pulsiones libidinales y destructivas, estas últimas parecen amenazar con destruir las primeras. El self se halla en peligro de destrucción. El único escape a este peligro radica en la capacidad para diferenciar entre el amor y el odio. De no lograrse la diferenciación normal son reforzados los mecanismos de escisión e identificación proyectiva.

Con Mina he llegado a sentirme rara y extraña, he llegado a sentir mi cuerpo como si aumentara de dimensión, la cara grande, los brazos grandes, como anestesiada, confusa y asustada.

En el curso del análisis, el paciente externaliza su imaginario mundo interno en la pantalla psicoanalítica, para que sea explicado. A medida que el tratamiento se profundiza se desarrolla una transferencia en la que el analista es blanco de identificaciones proyectivas que lo llevan a desempeñar diversos roles del mundo interno del paciente. La transferencia puede ser dividida en buena y mala, idealizada y maligna. Y el paciente puede tratar de hacer participar al analista en infantiles combinaciones referentes a las zonas del cuerpo y a fantasías sobre la “geografía” del cuerpo del analista. Así es posible que el paciente trate de eludir las ansiedades de separación (por ejemplo la envidia), mediante una penetración oral del pecho materno (la mente del analista). A medida que la identificación proyectiva se hace más compleja, proliferan las escisiones entre sí mismo y sí mismo, objeto y objeto, y sí mismo y objeto. El desarrollo de las resistencias, paralelo al desarrollo de la transferencia, indica a menudo el intento del paciente de defenderse de la ansiedad claustrofóbica, provocada por el temor de quedar bajo el control del analista, en quien proyectó su sí mismo desvalido. (James S. Grotstein)

La dificultad del analista para efectuar la interpretación exacta que necesita el esquizofrénico en cualquier momento dado es muy grande. Con frecuencia nuestra contratransferencia es la única guía. Esto significa que deberíamos sensibilizarnos a todo lo que el paciente proyecte en nosotros por medios verbales y no verbales y poder verbalizar lo que percibimos de manera inconsciente.

Bion ve en la identificación proyectiva la clave para entender la psicosis. La utilización masiva de la identificación proyectiva en la esquizofrenia depende, según, Bion, de los siguientes cuatro factores : 1) conflicto entre los instintos de vida y de muerte 2) predominio de los impulsos destructivos 3) odio hacia la realidad interna y externa 4) una tenue pero tenaz relación objetal. La identificación proyectiva se dirige contra el aparato de la percepción, que en consecuencia es escindido en fragmentos y dispersado en los objetos (Bion, *Volviendo a pensar*).

La identificación proyectiva anormal se origina en una catástrofe mental infantil, que acarrea decepción, disolución y desesperación. El terapeuta que aspira a reconocer la importancia de la identificación proyectiva, debe quedar “preñado” con el material de su paciente, no sólo para ser receptivo a la primitiva comunicación preverbal de éste, sino además para posibilitarle el logro de una vinculación autista avalada por un objeto básico de identificación primaria, de la vinculación simbiótica avalada por el objeto-sí mismo interpersonal y la razonable garantía de la esperanza de un futuro, merced al restablecimiento de una relación con el objeto de destino.

El terapeuta que trata a un paciente ingresa en una secuencia epigenéticamente determinada de vínculos, y establece una relación bidireccional con el paciente y se aboca a entender el material de la persona, en la medida en que la relación es tanto real como fantaseada y en la medida en que el paciente está comunicando los fracasos de su empatía en realidades presentes y pasadas que poseen a la vez componentes reales y fantaseados.

Podríamos decir que la identificación proyectiva depende en última instancia de su receptor. Cuanto más empático sea el terapeuta objeto con las identificaciones proyectivas del paciente, menos proyectivas serán y más identificantes serán y en mayor grado se convertirán en comunicaciones capaces de poseer significado autotranscendente para el paciente. Al mismo tiempo las identificaciones proyectivas sobre las que el paciente no está preparado para reflexionar deben ser contenidas por el terapeuta dentro del dominio de la postergación, para que el paciente no necesite recurrir al repudio o la erradicación psicóticos de su estado mental.

En ciertas curas existen momentos o etapas eminentemente regresivos en los que el paciente piensa exclusivamente con las palabras de su analista. Esta ilusión fusional sólo se quiebra entonces mediante el odio y la violencia. A veces, por tanto sólo en un tiempo muy diferente acabará situado el analista como sede de un apoyo, y ello a partir de una situación en la que el analizando se integra al sistema simbólico y logra afirmarse en una palabra propia. Para que este trabajo de separación, de de-fusión pueda ser efectuado por el paciente a través del odio, tiene que haber un analista que sepa recibir este odio (Maud Mannoni).

Considero que Mina utiliza la forclusión como defensa, el yo rechaza la representación insoportable al mismo tiempo que su efecto y se comporta como si la representación nunca hubiese comparecido ante el yo. El yo se sustrae a la representación intolerable, pero esta se entrama de manera inseparable con un fragmento de la realidad (de la castración), de tal modo que el yo, al realizar esta acción se separó también, en su totalidad o en parte, de la realidad. El sentimiento sofocado dentro no solo es proyectado, sino que lo abolido dentro retorna desde afuera. (Nasio, *Cómo trabaja un psicoanalista*).

Personalmente ha sido difícil enfrentarme a la incertidumbre. Un sujeto normal se caracteriza precisamente por nunca tomar del todo en serio cierto número de realidades cuya existencia reconoce. Estamos rodeados de toda clase de realidades de las que no dudamos, algunas especialmente amenazantes, pero no se toman plenamente en serio y se mantienen en un estado medio, fundamental en el sentido de que se trata del fondo, que es feliz incertidumbre, y que permite una existencia suficientemente sosegada. Indudablemente para el sujeto normal la certeza es la cosa más inusitada.

En el psicótico lo que está en juego no es la realidad. El sujeto admite, por todos los rodeos explicativos verbalmente desarrollados que están a su alcance, que esos fenómenos son de un orden distinto a lo real, sabe bien que su realidad no está asegurada, incluso admite hasta cierto punto su irrealidad. Pero, a diferencia del sujeto normal para el cual la realidad está bien ubicada, él tiene una certeza: que lo que está en juego —desde la alucinación hasta la interpretación— le concierne. (Aulagnier, *La violencia de la interpretación*, pág. 194)

En él, no está en juego la realidad, sino la certeza. Aun cuando se expresa en el sentido de que lo que experimenta no es del orden de la realidad, ello no afecta a su certeza, que es lo que le concierne. Esta certeza es radical. Esto constituye la creencia delirante.

Mina regresó a la terapia y un día me dijo “*Brenda cuando estaba muy enojada contigo... Bueno todavía estoy un poquito (y se sonríe como si fuera una niña) es que me dio mucho coraje pensar que Úrsula hubiera sido tu maestra o psicoanalista... Y esa mujer me cae muy mal, es que se me hace nefasta, no me da confianza y no... Como...*”

Mina desconfía de mí, por una parte siente que necesita ir; me ha dicho “*Te extrañé*”, y por otro lado se siente invadida, controlado su pensamiento. He tenido variadas experiencias emocionales en el transcurso del análisis, la siento con una pulsión de muerte muy fuerte pero también con una parte viva que es su pintura, donde trata de dar significado a su existencia como un proceso de reconstrucción, *retratos de una autopsia*.

Creo que lo más difícil de trabajar con pacientes psicóticos, es en referencia a que se despierta la parte psicótica de nuestra personalidad y a poder trabajar con los estados más primitivos, a nivel sensaciones, percepciones. Con el psicótico no utilizamos el pensamiento, si no la intuición, no se trata de entender, si no de dar un sentido. Necesitamos establecer un vínculo a través de la alianza terapéutica y el empuje que lo hace viable es la identificación proyectiva.

Mina sabe de su locura y lucha por estar bien, ha logrado muchas cosas, goza de reconocimiento dentro del mundo artístico, es buena en lo que hace, pero nunca está conforme con los resultados, vive austeramente, puede durar días sin salir de casa, mantiene comunicación a través del teléfono. Y su pasión es pintar.

Trabajar con ella es toda una experiencia que ha puesto a prueba el mantenerme en esa incertidumbre, esperando a ver qué es lo que pasa sin querer tener certezas, sin tratar de entender, sino de darle sentido a las cosas, en el psicótico no hay que fijarnos tanto en lo que dice. Desde el momento que uno mira al paciente, siente como viene, en la forma que trae el cabello, el caminar, la forma de sentarse, todo eso no verbal, tan primitiva prácticamente es la comunicación del psicótico. Y eso es lo difícil, quitarse uno todas esas defensas para poder entrar en ese mundo.

Resumen

“De la locura a la creatividad” trata de mostrar las dificultades en el tratamiento del paciente psicótico, dificultades que tienen que ver más con el analista al quedar a flor de piel primitivos aspectos de nuestra personalidad y despertando nuestros núcleos psicóticos. La transferencia es intensa, viva, y es necesario entrar en esa locura para poder conectar con el paciente a sabiendas de que tenemos que salir de ella. En el paciente psicótico la identificación proyectiva es masiva y la clave en cuanto al analista sería poder identificarse más con el paciente para que aquella resulte menos proyectiva. *Mina es frágil como una hoja, desnuda ante las tempestadas, cual hoja que lleva el viento a cualquier lugar en cualquier momento.*

Bibliografía

- Aulagnier, Piera. *La violencia en la interpretación*. Buenos Aires. Amorrortu
- Bion, W. *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires. Paidós psicología profunda.
- Bion, W. *Transformaciones*. Valencia. Editorial promolibro.
- Doria Medina, Roberto; Melgar, M. C. *Hacia el psicoanálisis de las psicosis*. Buenos Aires. Editorial Lumen.
- Groststein, James S. *Identificación proyectiva y escisión*. Gedisa. pp. 155-170,
- Mannoni, Maud. *De la pasión del ser a la locura del saber* (1998). Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Mannoni, Maud. *Un saber que no se sabe la experiencia psicoanalítica* (1985). Buenos Aires. Editorial Gedisa.
- Nasio, Juan David. *Los más famosos casos de psicosis* (2001). Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Rosenfeld, Herbert. *Estados psicóticos*. Buenos Aires. Lumen-Hormé.
- Soler, Colette. *Estudios sobre la psicosis*. Buenos Aires. Editorial Manantial.

Da loucura à criatividade

Brenda A. Tolosa Castro*

Mina... uma luta para se manter.
Viver para dar vida a algo que já não existe, tratando de encontrar
o sentido da existência entendendo o processo da morte.

Trabalhar com pacientes psicóticos é uma forte experiência psicanalítica, sobretudo quando se começa a ter este tipo de paciente, é entrar em sua loucura, e na própria loucura. Onde deixamos nossa parte mais primitiva à flor da pele, para podermos nos conectar com o paciente, e dá medo porque desperta nossos próprios núcleos psicóticos.

Foi fascinante trabalhar com Mina e acompanhei parte do meu próprio sentimento, e o direi sinceramente, sem saber se é o que devo fazer ou não. Lacan diz: *que devemos levar a sério nossa experiência, mas que o fato de ser analista não nos exime de ser inteligente e sensível.* Ao trabalhar com pacientes gravemente afetados experimentamos muitas emoções e estas produzem um enorme impacto em nosso pensamento.

No início da prática as únicas referências que dispomos são aquelas adquiridas pela experiência de uma análise pessoal, as quais se somam um corpus teórico adquirido através de leituras e seminários. A inexperiência no início da prática faz com que nos afeirmos a um marco teórico como “tábua da salvação” para evitar que a patologia do paciente nos transtorne. A teoria oferece pontos de referência, mas também funciona como defesa, contra ao que diz o paciente como quando ele toca o “ponto fraco” do analista. E o efeito se traduz na surdez deste. Também surge a necessidade de ser competente, e, por conseguinte, surge a compulsão do analista para interpretar quando, na realidade, o analista deve adotar uma conduta “expectante”. Não se trata tanto de informar ao paciente senão de esperar o momento oportuno quando a interpretação possa ter valor de progresso e assim exercer uma ação de mutação.

Mais de uma vez Mina me disse: *Brenda parece que você vai me dar a interpretação número 30.* No início, quando ela falou isso, disse para mim mesma, ela apresenta resistência e, depois pensei: é verdade, estou lhe dando explicações, e aqui não se trata de informar ao paciente, mas sim de saber esperar o momento oportuno, quando o desejo do sujeito traz à tona esse algo inexpressável que o analista poderia citar, autorizando o paciente a alcançar a verdade.

Quando vi Mina pela primeira vez, me chamou muito a atenção, tanto a sua aparência física como a sua forma de se comportar; à primeira vista é meio estranha, sempre usa roupa preta, calça de brim, camisetas, colete grande e botas tipo militar, cabelos longos e lisos, divididos ao meio, despenteada e, freqüentemente seu cabelo cobre parte do rosto, usa óculos que deixam transparecer olhos grandes afundados, um olhar profundo, apresenta linhas de expressão muito marcadas que vão desde o nariz até a comissura labial, cheirando a cigarro. Ao começar a falar, sua linguagem era pausada, entrecortada, e, em certos momentos demora alguns segundos para dizer outra palavra, e é seu costume dizer,... *O que eu estava dizendo? ... Ah... sim* e continua. Seu andar é lento, meio encurvada.

Mina é uma mulher de 47 anos de idade, inteligente, sensível, perceptiva, se dedica à arte, pintura. Vem de uma família cujo pai era militar, autoritário e agressivo, sua mãe

inteligente, culta, mas afastada emocionalmente embora sempre dedicada a cuidá-los. Mina é a segunda de 4 irmãos e tem uma relação muito conflitante com a irmã mais velha. A mãe, atualmente, está em um asilo, com limitações físicas, mas mentalmente lúcida. Mina quase não vai visitá-la e se culpa por isso. Quando vai visitá-la não sabe o que falar além de qualquer comentário feito pela mãe, mesmo assim esta lhe encoraja. Entretanto, telefona muito seguido, mas é indiferente, não sabe o que lhe dizer, não há conversação. Mina viveu uma relação incestuosa de forma indireta. Quem manteve uma relação incestuosa com o pai foi sua irmã mais velha. Mina compartilhava o quarto com ela, mesmo percebendo certas coisas nunca soube nada até que fez 15 anos, quando a mãe lhe contou sobre essa relação, que sua irmã Rosário tinha relações sexuais com o pai. A partir desse momento passa a odiá-lo e, quando ele morreu, não conseguiu chorar, se refere a ele como... *desgraçado, porco asqueroso*, tinha que ter coragem com a irmã, já que esta sempre está corrigindo-a... Mina diz... *Odeio ela, é uma metida, que cuide de sua vida, será que não tem outra coisa que fazer*. Casou-se aos 20 anos e ficou grávida sem querer, foi algo verdadeiramente traumático para ela, não queria o bebê, sentia ódio por estar grávida, sentia que “isso” lhe privaria de certas coisas, a limitaria, lhe tiraria o tempo que necessitava para pintar, batia no sue ventre, e fez de tudo para abortar, até que lhe fizeram um aborto, descreve o consultório como frio, uma enfermeira que não falou nunca... mas ela não sentiu dor, não sentiu perder a criança, sua vida continuou. Teve a sua primeira crise psicótica aos 20 anos, teve que ser hospitalizada durante três meses, lembra que em seus momentos de lucidez se dedicava a desenhar, teve mais duas crises psicóticas, a última há 4 anos.

A partir do primeiro momento senti ternura por ela, apesar da aparência um pouco grotesca, tinha vontade de ajudá-la a entrar nesse mundo confuso. No início da análise estava angustiada, desorganizada, com pensamentos múltiplos que não a deixavam trabalhar, e sua maior preocupação era não poder pintar. Foi muito difícil para ela começar vir à análise porque já havia tido uma experiência 10 anos atrás e acabou muito furiosa com o analista e achava que não lhe havia servido de nada.

Mina não tem muitas lembranças e isso “não vivido” é aquilo que se perdeu em momentos muito prematuro da vida psíquica, pela ação intensa e repetida de defesas primitivas que nunca permitiram seu processamento e significação posterior, ao tratar-se de vazios em processo de desenvolvimento que não puderam ser cumpridos. Entram aqui tanto os aspectos pulsionais e objetivos do psiquismo prematuro como as dificuldades dos pais para proporcionar um cuidado adequado e proteção, quer seja pelas suas próprias incapacidades do eu ou pela intensidade das fantasias eróticas e agressivas relacionadas com a criança.

Aparentemente não se percebe o ódio, a agressividade, porém sua pintura é sobre a morte, no início pensei que era uma forma de dar vida a algo que estava morto (ela), mas também o gozo tem que ver com a pulsão de morte, me dizia... *é que me sinto culpada... Quando estou pintando sinto um grande prazer, posso chegar ao êxtase, mas logo me sinto mal porque estou sentindo prazer ao pintar parte de alguém que se suicidou*.

Comentou: *assisti uma reportagem sobre um japonês que havia comido a sua mulher, acho que foi na Holanda e o deportaram para seu país, onde o deixaram em liberdade, e ele dizia, não estou bem, ainda não me sinto bem... Eu acho que ele sentia que podia voltar a fazer a mesma coisa... quando estava no necrotério no México, vi passar uma perna e senti vontade de mordê-la,.... Era toda preta, me dá muito medo..... Só foi um pensamento, mas tenho medo, tenho medo de fazer dano... Ao ver um peru, afio as facas, e eu... Ai, não, sinto medo.....quando estes pensamentos estão presentes entra em estados confusionais intensos, com uma desorganização que tende a paralisá-la, não pode fazer nada.*

Melanie Klein descobriu como a criança, a partir da mais tenra idade, projeta suas

pulsões libidinais em um seio que percebe ser bom, e suas pulsões agressivas em um seio que é ruim. O seio bom e o seio ruim são introjetados e o lactente sente como se estivesse fora e dentro dele. O seio bom constitui o protótipo de todos os objetos posteriores enquanto que o seio ruim é sentido como perseguidor e constitui o protótipo de todos os objetos perseguidores subsequentes. Na posição paranóica o lactente mantém separados entre si o seio bom e o seio ruim. Ocasionalmente se apresentam estados de integração, quando o amor e o ódio chegam a ser vivenciados em um único e mesmo seio, as pulsões construtivas atenuam e controlam as pulsões destrutivas. Porém, se em determinadas condições externas e internas chegam a predominar momentaneamente as pulsões agressivas, podem surgir estados em que as pulsões de amor e ódio, assim como os objetos bons e ruins não conseguem ser mantidos separadamente e, portanto, são sentidos como misturados ou confundidos. O estado confusional se encontra associado a uma angústia extrema porque, ao se confundir as pulsões libidinais e destrutivas, estas ameaçam destruir as primeiras. (Rosenfeld, "estados psicóticos" pp. 64-65).

O desejo de escrever sobre este caso surge a partir do momento em que Mina, depois de uma sessão, liga para dizer que não vai voltar, não diz diretamente para mim. No início fiquei impactada, pensei: o que será que aconteceu? Sentia-me confusa, triste e ao mesmo tempo aliviada, não sabia se ligava logo ou esperava. Depois de 3 dias liga novamente para dizer que sempre virá à sessão, mas que essa vai ser a última vez. Quando chega a sessão está triste, preocupada, mas furiosa e reclama dizendo que eu quero que ela pense mal de sua mãe, que a odeie, que a veja como um monstro e que ela sabe que sua mãe não tinha outra opção para a época em que vivia, além disso, seus avós não a apoiaram, e diz, *agora já é idosa, sempre foi muito inteligente, lê muito, é uma mulher muito ativa*. Nesta sessão Mina chora e diz que não sabe se vai ou não continuar com a terapia, que ligará. Eu senti muita dor, o peito apertado, me sentia culpada sabendo que nunca lhe havia dito o que ela falava, entretanto, disse que respeitava sua decisão e que eu estaria aqui quando ela decidisse regressar. Sentí que Mina queria que eu dissesse aquilo que ela me dizia, mas esse não é o momento adequado para dizer-lhe isso, pensei que ela voltaria e já lhe falaria na ocasião oportuna. Quando a psicose se apresenta na análise, a transferência traz consigo estados arcaicos, destacando o narcisismo patológico do paciente. Reviver o passado é difícil devido às grandes lacunas, dissociações e vazios. As emoções antecipadas que nunca foram integradas nem superadas provocam complexidade à corrente transferencial e às construções delirantes nas que o Eu procura refúgio turvam a visão. Entretanto, é conveniente lembrar que estes compromissos não surgem porque a análise favoreça regressões perigosas, senão que já fazem parte da patologia pré-existente e o que a análise revive são momentos narcisistas, suas defesas e os grandes sofrimentos psíquicos em que foram se originando e desenvolvendo as estruturas patológicas.

A abordagem psicoterapêutica da psicose e seu ingresso como uma entidade analisável ao terreno psicanalítico tem uma estreita relação com a transferência. A comunicação dos momentos mais primitivos do psiquismo durante o processo e a situação psicanalítica implica um profundo problema. Há pouco tempo a maioria dos psicanalistas se abstinha de tratar pacientes esquizofrênicos, achando que o esquizofrênico é incapaz de estabelecer transferência, e não é que não exista a transferência, senão que o maior problema é o reconhecimento e a interpretação dos fenômenos transferenciais psicóticos. (Doria, para a psicanálise das psicoses, pág. 15)

Herbert A. Rosenfeld diz que os pacientes com esquizofrenia crônica são divididos em dois grupos: no primeiro grupo se registra uma história de uma deterioração gradual ao longo de alguns de anos, sem registrar nenhum agudização. Estes pacientes carecem de sentimentos e ficam desconectados do entorno, mas freqüentemente com certo insight de seu estado. Alguns vão regularmente à análise por muitos anos, e seu estado apresenta, com freqüência, uma melhora gradual, mas clara. Sua conduta na análise pode ser semelhante a dos pacientes neuróticos.

Os pacientes do segundo grupo são os que tiveram um ou mais ataques de esquizofrenia aguda dos quais somente se recuperaram de forma parcial. Já não falam de seus delírios e constantemente afirmam estar perfeitamente bem, mas continuam incapacitados para trabalhar e a observação detalhada revela com freqüência que ainda persiste algum sistema delirante. Estes pacientes raramente solicitam tratamento por iniciativa própria, mas aceitam a sugestão de um amigo ou familiar. Uma vez que aceitam vir o fazem com regularidade e por si mesmos, mas o tratamento é muito difícil. A tendência é não falar de seus sintomas com medo que surjam seus delírios, tem pouco ou nada de insight. (Rosenfeld, "estados psicóticos" pág. 147). Nestes pacientes e, especialmente em Mina, qualquer interpretação provocava fortes ansiedades paranóides. Para ela, quase sempre não havia interpretação que impedisse incrementar sua aguda sensação de ser atacada por mim. Sempre confusa, ...me dizia... *me sinto muito confusa, fiquei pensando muito, ... o que você me disse?... O que é isso?... Ah...* Os estados confusionais dos esquizofrênicos se relacionam com estados confusionais infantis, estados de desintegração. Estes estão associados a uma angústia extrema porque, ao confundirem-se as pulsões libidinais e destrutivas, estas últimas parecem ameaçar em destruir as primeiras. O self está em perigo de destruição. A única escapatória para este perigo é a capacidade para diferenciar o amor e o ódio. Ao não se conseguir uma diferenciação normal, são reforçados os mecanismos de cisão e identificação projetiva.

Com Mina cheguei a me sentir esquisita, estranha, senti como se meu corpo aumentasse de tamanho, com o rosto enorme, os braços grandes, me sentia como que anestesiada, confusa e assustada.

No transcurso da análise a paciente manifesta seu imaginário mundo interno na sua "fachada" psicanalítica para que seja explicado. A medida que o tratamento vai se aprofundando, se desenvolve uma transferência na qual o analista é alvo das identificações projetivas que o levam a desempenhar diversos papéis do mundo interno do paciente. A transferência pode ser dividida em boa e ruim, idealizada e maligna. E o paciente pode tentar fazer com que o analista participe nas combinações infantis referentes às zonas do corpo e as fantasias sobre a "geografia" do corpo do analista. É possível que o paciente trate de eludir as ansiedades de separação (por exemplo, a inveja), através de uma penetração oral do seio materno (a mente do analista). À medida que a identificação projetiva é mais complexa, proliferam as cisões entre ele mesmo versus ele mesmo, objeto versus objeto, e entre si mesmo versus objeto. O desenvolvimento das resistências, paralelo ao desenvolvimento da transferência, indica freqüentemente a tentativa do paciente de se defender da ansiedade claustrofóbica, provocada pelo temor de ficar sob o controle do analista, em quem projetou o seu eu desvalido. (James S. Grotstein)

A dificuldade do analista para efetuar a interpretação exata que o esquizofrênico necessita em qualquer dado momento é enorme. Com freqüência nossa contratransferência é o único guia. Isto significa que deveríamos nos sensibilizar a tudo aquilo que o paciente projeta em nós por meio verbais e não- verbais e poder verbalizar o que percebemos de maneira inconsciente.

Bion vê na identificação projetiva a chave para entender a psicose. A utilização massiva da identificação projetiva na esquizofrenia depende, segundo, Bion, de quatro fatores: 1) conflito entre os instintos de vida e morte 2) predomínio dos impulsos destrutivos 3) ódio da realidade interna e externa 4) uma tênue, mas tenaz relação objetal. A identificação projetiva está dirigida contra o aparato da percepção, que em consequência é cindido em fragmentos e disperso nos objetos. (Bion, “voltando a pensar”)

A identificação projetiva anormal se origina de uma catástrofe mental infantil, que causa decepção, dissolução e desespero. O terapeuta que quer reconhecer a importância da identificação projetiva deve ficar “aferrado” ao material de seu paciente, não só para ser receptivo à primitiva comunicação pré-verbal deste, mas sim lhe possibilitar a conquista de uma vinculação autista com o aval do objeto básico de identificação primária, da vinculação simbiótica avalada pelo objeto-eu interpessoal e a razoável garantia da esperança de um futuro, graças ao restabelecimento de uma relação com o objeto de destino.

O terapeuta que trata um paciente ingressa em uma seqüência epigeneticamente determinada de vínculos, e estabelece uma relação bidirecionada com o paciente e se “lança” a entender o material da pessoa, na medida em que a relação é tanto real como idealizada e à medida que o paciente está comunicando os fracassos de sua empatia em realidades presentes e passadas e que ao mesmo tempo possuam componentes reais e fantasiados.

Poderíamos dizer que a identificação projetiva depende em última instância de seu receptor. Quanto mais empático seja o terapeuta-objeto com as identificações projetivas do paciente, serão menos projetivas e mais identificáveis e em maior grau se transformarão em comunicações capazes de possuir significado autotranscendente para o paciente. Ao mesmo tempo as identificações projetivas sobre as quais o paciente não está preparado para refletir devem ser contidas pelo terapeuta dentro do domínio da postergação, para que o paciente não necessite recorrer ao repúdio ou a erradicação psicótica de seu estado mental.

Em certas curas existem momentos ou etapas eminentemente regressivas nas quais o paciente pensa exclusivamente com as palavras de seu analista. Esta ilusão fusional só se rompe, então, através do ódio e da violência. Às vezes, somente em um tempo muito diferente o analista ficará como sede de um apoio, e isso a partir de uma situação em que o analisando se integra ao sistema simbólico e consegue se afirmar na própria palavra. Para que este trabalho de separação, de fusão possa ser efetuado pela paciente através do ódio, tem que haver um analista que saiba receber este ódio. (Maud Mannoni).

Considero que Mina utiliza a forclusão como defesa, o eu rechaça a representação insuportável ao mesmo tempo em que seu efeito e se comporta como se a representação nunca houvesse comparecido ante o eu. O eu se subtrai à representação intolerável, mas esta se enreda de maneira inseparável com um fragmento da realidade (da castração), de tal modo que o eu, ao realizar esta ação se separou também, na sua totalidade ou em parte, da realidade. O sentimento sufocado internamente não só é projetado, senão o que foi abolido internamente retorna desde fora. (Nasio, como trabalha um psicanalista).

Pessoalmente foi muito difícil me enfrentar com a incerteza. Um sujeito normal precisamente se caracteriza por não levar a sério certo número de realidades cuja existência reconhece. Estamos cercados por todo tipo de realidades das quais não duvidamos, algumas especialmente ameaçadoras, mas não é completamente levado a sério e é mantida em um meio estado, fundamental no sentido de que se trata do fundo, que é uma feliz incerteza, e permite uma existência suficientemente sossegada. Com certeza para o sujeito normal a certeza é a coisa mais inusitada.

No psicótico o que está em jogo não é a realidade. O sujeito admite, por todos os meios explicativos verbalmente desenvolvidos que estão ao seu alcance, que esses fenômenos são de uma ordem distinta ao real, sabe-se que a sua realidade não está garantida, inclusive admite, até certo ponto, sua irrealidade. Mas, ao contrário do sujeito normal para o qual a realidade está bem localizada, ele tem uma certeza: o que está em jogo – desde a alucinação até a interpretação – lhe interessa. (Aulagnier, Piera. “A violência da interpretação, pág. 194)

Nele, não está em jogo a realidade, senão a certeza. Mesmo quando se expressa no sentido de que o que experimenta não é da ordem da realidade, isso não prejudica a sua certeza, que é o que lhe interessa. Esta certeza é radical. Isto constitui a crença delirante.

Mina voltou à terapia... e um dia me disse... *Brenda, quando eu estava muito zangada contigo... Bom, ainda estou com um pouquinho (e ri como se fosse uma criança) é que me deu muita coragem pensar que Úrsula tivesse sido a sua professora ou a psicanalista... Não gosto dessa mulher, é que me deixa nefasta, não confio nela e não... Como...*

Mina desconfia de mim, por um lado sente que precisa ir..... me diz:..... *Senti saudades de você*, e por outro lado se sente invadida, seu pensamento controlado. Tive várias experiências emocionais no transcurso da análise, sinto-a como uma pulsão de morte muito forte, mas também uma parte viva que são seus quadros, trata de dar significado a sua existência como um processo de reconstrução, *retratos de uma autópsia*.

Neste sentido, acho que o mais difícil de trabalhar com pacientes psicóticos é que se desperta a parte psicótica de nossa personalidade, é poder trabalhar com os estados mais primitivos, a nível de sensações, percepções, com o psicótico não utilizamos o pensamento, mas sim a intuição, não se trata de entender, senão de dar um sentido. Necessitamos estabelecer um vínculo através da aliança terapêutica e o “empurrão” que o torna viável é a identificação projetiva.

Mina tem consciência de sua loucura e luta para se sentir bem, conseguiu muitas coisas, é reconhecida dentro do mundo artístico, é muito boa no que faz, porém, nunca está satisfeita com os resultados, vive austeramente, fica dias sem sair de casa, comunica-se através do telefone. Sua paixão é pintar.

Trabalhar com ela foi uma experiência que me pôs à prova, manter-me nessa incerteza, esperando para ver o que acontece sem querer ter certeza, sem tratar de entender, senão dar sentido às coisas, com o psicótico não devemos prestar muita atenção ao que diz. Desde o momento que a gente olha para o paciente, observa como ele chega, a forma como está penteado, a forma de andar, a forma de se sentar, tudo isso não-verbal, praticamente tão primitiva é a comunicação do psicótico. E é difícil para a gente despojar-se de todas essas defesas para poder entrar nesse mundo.

Resumen

“Da loucura à criatividade” trata de mostrar as dificuldades no tratamento do paciente psicótico, dificuldades que tem que ver mais com o analista ficar à flor da pele com primitivos aspectos de nossa personalidade e com o despertar de nossos núcleos psicóticos. A transferência é intensa, viva, e é necessário entrar nessa loucura para poder conectar-se com o paciente, sabendo de que temos que sair dela. No paciente psicótico a identificação projetiva é massiva e, o objetivo quanto ao analista, seria poder identificar-se mais com o paciente para que aquela resulte menos projetiva. Mina é frágil como uma folha, desnuda diante das tempestades, qual folha que leva o vento a qualquer lugar em qualquer momento.

Bibliografía

- Aulagnier, Piera. *La violencia en la interpretación*. Buenos Aires. Amorrortu
- Bion, W. *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires. Paidós psicología profunda.
- Bion, W. *Transformaciones*. Valencia. Editorial promolibro.
- Doria Medina, Roberto; Melgar, M. C. *Hacia el psicoanálisis de las psicosis*. Buenos Aires. Editorial Lumen.
- Grostein, James S. *Identificación proyectiva y escisión*. Gedisa. pp. 155-170,
- Mannoni, Maud. *De la pasión del ser a la locura del saber* (1998). Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Mannoni, Maud. *Un saber que no se sabe la experiencia psicoanalítica* (1985). Buenos Aires. Editorial Gedisa.
- Nasio, Juan David. *Los más famosos casos de psicosis* (2001). Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Rosenfeld, Herbert. *Estados psicóticos*. Buenos Aires. Lumen-Hormé.
- Soler, Colette. *Estudios sobre la psicosis*. Buenos Aires. Editorial Manantial.

La huella de la historia de amor

*Eva Marcuschamer Stavchansky**

Es en el espacio analítico donde el paciente llega a contar su historia de amor, es ahí donde se inscribe la historia y se da su transformación. Transferencia y contratransferencia son los espacios donde ocurre el proceso analítico; es el espacio del significado, que sirve para comprender entre dos lo que sucede. Es el espacio de la ilusión¹ para el crecimiento de la individualidad. Es donde ocurre en el aquí y ahora, lo de allá y entonces, para transformarlo en algo potencial con un futuro distinto a la compulsión de repetir.

Roberto tenía 26 años cuando inició su tratamiento, sus padres me contactaron para hacer su primera cita. Sin embargo, pasaron algunas semanas antes de que él me llamara para concertar un encuentro. Mucho antes que Roberto llamara para solicitar su primera entrevista había comenzado a pensar qué horario sería conveniente para él. Anticipadamente comencé a hacer arreglos para su llegada sin siquiera saber si Roberto llamaría. Estaba respondiendo igual que sus padres que se anticiparon a hacer una solicitud que a su hijo le tocaba expresar.

La primera cita fue muy conmovedora, estuvo impregnada de un tono realmente melancólico, lloró prácticamente toda la hora, y cuando a la salida me pidió entrar al baño, yo tuve la fantasía de que al abrir la puerta lo encontraría colgado, ahorcado. Al marcharse, dejó inundado el espacio de una gran tristeza y desolación. La historia de amor² conmigo había iniciado. Su transferencia, desplegada. La repetición del vínculo de amor primario puesta en la situación analítica. Roberto se había despojado de su tristeza y desolación dejándome a mí preocupada por su vida, y de si sería capaz de ayudarlo. Al igual que sus padres, me quedé pensando qué podía hacer por él. Un solo contacto y ya estaba manifestándose un elemento siniestro de la relación transferencia-contratransferencia.

En las primeras entrevistas Roberto me habló de sus hermanos; él es el tercero de cuatro, una mujer, la mayor, y tres hombres, de los que cuales él es el segundo. Entre su hermana mayor y el siguiente hay casi tres años de diferencia, mientras que entre su hermano y él hay sólo un año; el pequeño nació inesperadamente tres años y medio después de Roberto. Todos exitosos en su respectivo campo profesional y de pareja, a excepción de Roberto que estudió lo primero que se le ocurrió y a su edad no sabía en qué le gustaría trabajar, al igual que en lo afectivo todas las mujeres le parecían iguales, “*ni bonitas ni feas, iguales*”. En ese momento me pregunté, ¿qué pasó con este joven que se ve como alguien sin futuro? ¿Qué pasó con este niño? ¿Por qué Roberto, entre todos sus hermanos tiene este desenlace desafortunado? ¿Qué significó él para esta madre?

Es necesario que el analista se tome el tiempo para pensar cómo fue el encuentro entre el niño y su madre, pues es ese primer encuentro entre la madre y el recién nacido lo que más tarde dará paso a los intercambios indispensables para el crecimiento emocional y es ese primer encuentro que se pone en marcha cuando la persona llega al tratamiento.

Poco tiempo después de iniciado el tratamiento Roberto tomó unas vacaciones, sin embargo, las tomó sin permiso de la empresa donde trabajaba provocando que lo despi-

1 Winnicott (1953), “Transitional objects and transitional phenomena: the study of the first not me possession”, *Interna, J. Psycho-Anal* 34, pp 89- 97.

2 Kristeva, J. (1996) *Al comienzo era el amor*. Barcelona: Gedisa.

dieran, y no hubo en él siquiera un dejo de pérdida cuando esto sucedió. Sus ahorros le alcanzarían para pagar el tratamiento unos meses más. Me sentí de nuevo preocupada; el tratamiento peligraba. Roberto, se sentía momentáneamente liberado. Cuando provocó que lo despidieran de su trabajo comenzó a venir al consultorio dos veces por semana, y se presentaba a las sesiones cada vez más deprimido; llegaba, se desplomaba en el sillón; iniciaba las sesiones quejándose de dolores físicos, cansancio, cuerpo cortado, cefalea, insomnio, cerraba los ojos y decía que el sol le molestaba, le cansaba. Odiaba caminar en la calle, pero prefería usar transporte público a su auto para llegar a consulta. Entonces comenzó a hablar sobre quitarse la vida. Todos en la familia se alarmaron, yo también. Era evidente la gravedad de lo que le estaba ocurriendo, Roberto solamente salía de su casa para venir a consulta, y sin embargo, dudé de sus intenciones suicidas, pero sí tomé muy en cuenta sus llamados de atención. En eso le ofrecí una sesión extra, sin costo. Todo esto ya me empezaba a hablar de lo que le pasaba a Roberto, así como de todo lo que estaba en juego en su tratamiento, pero al mismo tiempo me interesaba ofrecerle una mirada que primero me ayudara a mí a comprender que lo que me provocaba era parecido a lo que le provocaba a sus padres. ¿Por qué estaba yo tan interesada en ayudarlo a mis expensas? ¿Qué es lo que estaba dado en la relación transferencia-contratransferencia? ¿Cuál era la culpa paterna que me llevaba a mí a actuarla? El error técnico de proponerle una sesión extra sin costo tenía que ver con partes inconscientes mías que tenía que descubrir no sólo su significado para mí, sino también, lo que estaba actuando de la contraidentificación proyectiva. ¿Era un aspecto omnipotente pensar que yo podría ayudarlo simplemente ofreciéndole una sesión más? ¿Qué aspectos del paciente habían sido proyectados para que la actuación del analista se hubiera dado ante la amenaza suicida? Sandler (1992)³ afirma que el paciente presiona para provocar una respuesta del analista que puede resultar en una “puesta en acto” y que hacer consciente estas actuaciones le permite al analista comprender el conflicto y las fantasías transferenciales asociadas al paciente. La sensación era que había más material que recolectar para el análisis pues la sesión en la que le dije que lo vería una vez más a la semana sin costo fue reveladora porque después de que se lo propuse se puso a llorar como un bebé, con una enorme emoción, y me dijo que le preocupaba estar tan mal, estaba muy enojado porque no lo había hecho antes, “¿Cuánta ayuda necesito!”, me decía y “Me enoja no haberla tenido”. El enojo estaba dirigido hacia sus padres y hacia mí. Era como si con mi oferta le hubiera constatado que había algo dentro de él muy dañado y es ahí que él se complace con esta incapacidad. Tan es así que en ningún momento expresó gratitud para conmigo. ¿Gratitud, de qué? Me llevó a pensar asimismo en una actitud de “Me lo merezco todo”, y concluí que estaba bien, pero ¿por qué? ¿Qué hemos hecho su madre/analista para tener que dársele todo? ¿Qué hay en su historia que nos hace pensar en una madre la cual, a pesar de que es un chico ingrato y parasitario, uno tendría que seguir estando allí? El paciente me tenía extremadamente preocupada, amenazaba con suicidarse, y cada sesión llegaba más deprimido que la anterior. Su tono era de vacío y desesperanza: *Siempre he sentido que no me merezco nada, y al luchar por algo casi nunca lo obtengo, y si lo obtengo me sale roto o echado a perder. Pienso en algunos juguetes, en la fruta o en los zapatos, cuando me querían consentir siempre me salían mal o rotos o algo pasaba, los perdía o me los robaban... siento que nunca me ha ido bien en la vida, nunca me va a ir bien y estoy pagando un castigo.* Este era el mismo sujeto que aparecía como conquistador y maltratador de mujeres, terriblemente enojado con sus padres y sin poder experimentar ninguna muestra de gratitud hacia ellos..., o hacia mí. En ese momento estaba sin trabajo, y no parecía preocupado por ello. El dinero que había ahorrado solamente le duraría unos meses más. Y yo me preguntaba, ¿cómo aho-

3 Sandler, J. (1992) *El paciente y el analista*. Buenos Aires: Paidós.

rró? ¿A expensas de quién? Entonces empezó a aparecer en el material cómo hacía para que sus amigos y amigas pagaran por él y bueno, el mejor ejemplo en la transferencia era que yo también le estaba dando una sesión gratis. *Yo creo que le caigo bien a la gente, siempre como que estoy protegido por mis amigos, les caigo bien, se la pasan bien conmigo y también las niñas... Les digo cosas bonitas, ellos me dicen que soy ocurrente, las niñas me dicen que las hago reír, les levanto la autoestima, les digo que son muy bonitas, las escucho mucho, les hago creer que las entiendo, les doy la razón cuando me cuentan algo.*

El uso excesivo de la identificación proyectiva por parte del paciente despierta reacciones específicas en el analista que es llevado pasiva e inconscientemente a jugar el rol que el paciente le proyecta. Esto es lo que León Grinberg (1962)⁴ llama contra-identificación proyectiva. La distingue de la contratransferencia que es una reacción resultado de las propias actitudes o restos neuróticos del analista reactivados por los conflictos del paciente. Hay ocasiones que el mecanismo de identificación proyectiva del paciente es exagerado o violento por su propia historia (cuando él a su vez fue sujeto de intensa identificación proyectiva por parte de su madre). Si bien es cierto que el paciente reacciona proyectando en el analista sus propios conflictos, emociones y partes de sus objetos, también es posible que el analista responda con el mismo mecanismo. Es de esperarse que frente a la violencia del paciente, el analista interprete el material mostrándole el uso de la identificación proyectiva en él. Sin embargo, el analista que no es capaz de tolerar lo proyectado puede reaccionar frente a la violencia de la identificación proyectiva del paciente teniendo a su vez una reacción igualmente violenta, negando o ignorando su violencia, desplazando su reacción en otro paciente o sufriendo los efectos de una contra-identificación. En realidad, nos dice nuestro autor, la respuesta del analista depende del grado de tolerancia que él tenga. Cuando la contra-identificación ocurre, la comunicación entre el paciente y el analista se interrumpe, el contenido emocional intolerable para el paciente es proyectado en el analista que sufre sus efectos y reacciona como si hubiera adquirido y asimilado las partes proyectadas en él de una manera real y concreta.

Era llamativo hasta para mí no estar enojada con su actitud, me mostraba complaciente y él complacido frente a mi sometimiento. ¿Qué sentía Roberto sobre lo que me ocurría contratransferencialmente? El paciente genera el sentimiento requerido siempre y cuando el analista se deje impactar por lo que el paciente le transmite. Desde que abro la puerta del consultorio se da el encuentro con el paciente, sus gestos, palabras y silencios. Es así cómo empieza la comunicación, es así como somos invitados a desempeñar un papel en la vida afectiva de nuestro paciente. No siempre sabemos qué papel desempeñamos o qué función se espera de nosotros. Por momentos experimentamos cierta claridad que permite comprender y sentirnos en sintonía con el paciente, se crean momentos en que nuestras fantasías o nuestras sensaciones son verbalizadas por el paciente, como si juntos viéramos un cuadro y sintiéramos al unísono. Esto fue expresado por Freud (1912) cuando recomendaba a los analistas a sintonizar su inconsciente con el de sus pacientes.

Para Roberto sus padres eran los perseguidores, los culpables de todo lo que le ocurría, tenía virulentas discusiones con ellos para culparlos y terminaba sintiéndose bien, liberado, hasta regocijado pero al día siguiente se sentía muy mal, abatido de nuevo. Los únicos momentos en que todo parecía maravilloso en su vida eran cuando salía de fiesta, se emborrachaba hasta casi quedar inconsciente, y no se acordaba de nada. Toda la semana esperaba para que eso ocurriera, el momento de ver a sus amigos, ligarse a una niña y estar extasiado con ayuda del alcohol. Pero al siguiente día, todo estaba igual: mal, desesperanzador, terrible. Este era el estado de su mente, atrapado en esta idea repetitiva: el mundo

4 Grinberg, L. (1962) On a Specific Aspect of Countertransference Due to the Patient's Projective Identification. *Int. J. Psycho-Anal.*, 43:436-440.

da asco, todo está mal dentro y fuera de mí. Con el tiempo pudimos darnos cuenta que su madre lo había abandonado emocionalmente cuando nació Julio, su hermano menor gravemente enfermo desde que salió de la maternidad. A sus tres años y medio Roberto pasó de ser el rey, el benjamín, a ser el olvidado, una carga para todos pues era un chico inquieto y vivaz, y esa violencia recibida por el abandono de sus padres le daba el derecho de maltratarlos, parasitándolos. El nacimiento de Julio aparecía como resultado de que todo estaba mal dentro y fuera de él, de manera que mis intentos por ayudarlo eran insuficientes pues el daño había sido brutal y la recompensa por ello se perpetuaba: su mamá le cocinaba, le lavaba su ropa, lo ayudaba económicamente, su analista lo recompensaba con una sesión extra. Cuando ambos lo entendimos, Roberto pudo recuperar su trabajo y pagarme dos sesiones, sin embargo, mucho tiempo más tendrá que pasar para que su historia de amor cambie...

No siempre es claro si es lo proyectado por el paciente o si es la respuesta del analista a él o a lo que dice. Como dice Christopher Bollas⁵ “...*esta inevitable, siempre presente y necesaria incertidumbre sobre la razón de nuestro sentir imprime un matiz de humildad y responsabilidad a la consideración íntima que en cada caso podemos hacer de nuestra contratransferencia*”

Descriptor: Transferencia, contratransferencia, contraidentificación proyectiva

Resumen

El presente trabajo trata sobre la manera en que el analista se deja impactar por lo que el paciente le transmite. Mediante un caso clínico se ilustra cómo empieza la comunicación entre paciente y analista y la manera en que somos invitados a desempeñar un papel en la vida afectiva de nuestro paciente. La hipótesis central es que la transferencia y la contratransferencia son los espacios donde ocurre el proceso analítico; es el espacio del significado que sirve para comprender entre dos lo que sucede. Asimismo, intenta analizar las consecuencias que tiene en el tratamiento el uso excesivo de la identificación proyectiva por parte del paciente y las reacciones que pueden generar en el analista que es llevado pasiva e inconscientemente a jugar el rol que el paciente le proyecta.

Bibliografía

- Bion, W. (1959) Attaks on linking. *Int. J. Psychoanal.* 40:308-315.
- Bion, W. (1967) y Chused, J. (1991) Citados en Jacobson, Th. (1999) Countertransference Past And Present. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80:575-594.
- Blum, H. (1986) Countertransference and the Theory of Technique: Discussion. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 34:309-328.
- Bollas, Ch. (1987) *La sombra del Objeto*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Grinberg, L. (1962) On a Specific Aspect of Countertransference Due to the Patient's Projective Identification. *Int. J. Psycho-Anal.*, 43:436-440.
- Kristeva, J. (1996) *Al comienzo era el amor*. Barcelona: Gedisa.
- McDougall, J. (1979) Primitive communication and the use of countertransference. In *Countertransference*, ed. L. Epstein & A. Feiner. New York: Jason Aronson, pp. 267-303.
- Sandler, J. (1992) *El paciente y el analista*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D.W. (1945), “Primitive Emotional Development”, en *Collected Papers: Through Pediatrics to Psycho-Analysis*, Londres, Tavistock Publications.
- (1947), “Hate in the countertransference”, en *Collected Papers, Through Pediatrics to Psycho-Analysis*, Nueva York, Basic Books, 1975, págs 194-203.
- (1949) El odio en la contratransferencia. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- (1953), “Transitional objects and transitional phenomena: the study of the first not me possession”, *Interna, J. Psycho-Anal* 34, pp 89- 97.

5 Bollas, Ch. (1987) *La sombra del Objeto*. Buenos Aires: Amorrortu editores. Pág. 244.

O vestígio da história de amor

*Eva Marcuschamer Stavchansky**

É no espaço analítico onde o paciente conta a sua história de amor, é aí onde a história é inscrita e acontece a sua transformação. Transferência e contratransferência são os espaços onde ocorre o processo analítico; é o espaço do significado, que serve para compreender o que acontece entre duas pessoas. É o espaço da ilusão¹ para o crescimento da individualidade. É aí onde ocorre o aqui e o agora, o que foi e o presente, para transformá-lo em algo potencial com um futuro diferente à compulsão da repetição.

Roberto tinha 26 anos quando iniciou seu tratamento, seus pais entraram em contato comigo para marcar a primeira consulta. Passaram algumas semanas antes que Roberto me ligasse para marcar um encontro. Muito antes que ele ligasse, comecei a pensar que horário seria bom para ele. Comecei a arrumar sala antecipadamente para recebê-lo sem saber se ele ligaria. Estava agindo como seus pais que se anteciparam em fazer aquilo que devia ser feito pelo próprio filho.

A primeira sessão foi muito comovedora, esteve marcada por um clima realmente melancólico, chorou praticamente todo o tempo e, quando, antes de ir embora pediu para ir ao banheiro, eu imaginei que ao abrir a porta o encontraria pendurado, enforcado. Depois que saiu ficou no ambiente uma sensação de grande tristeza e desolação. Havia iniciado uma história de amor² comigo. Sua transferência, expandida. A repetição do vínculo do amor primário posta na situação analítica. Roberto havia se despojado de toda sua tristeza e desolação deixando-me preocupada com sua vida, e se seria capaz de ajudá-lo. Como aconteceu com seus pais, fiquei pensando o que podia fazer por ele. Só um contato e já estava se manifestando um elemento sinistro da relação transferência-contratransferência.

Nas primeiras sessões, Roberto me falou dos seus irmãos; ele é o terceiro de quatro filhos, uma mulher, a mais velha e três homens, sendo ele o segundo. Entre sua irmã mais velha e o seguinte há quase três anos de diferença, enquanto que entre ele e seu irmão há só um ano de diferença; o caçula nasceu inesperadamente três anos e meio depois que Roberto. Todos são bem-sucedidos nas suas respectivas profissões e no casamento, com exceção de Roberto que estudou a primeira coisa que lhe veio à cabeça e nessa idade não sabia em que gostaria de trabalhar, igualmente no campo afetivo, todas as mulheres pareciam iguais para ele, “*nem bonitas nem feias, iguais*”. Nesse momento me perguntei: o que aconteceu com este jovem que se vê como alguém sem futuro? O que aconteceu com este menino? Por que Roberto, entre todos seus irmãos, tem um destino desafortunado? O que ele significou para sua mãe?

É necessário que o analista dedique um tempo para pensar em como foi o encontro entre essa criança e a sua mãe, pois é esse primeiro encontro entre mãe e recém-nascido que depois dará passagem aos intercâmbios indispensáveis para o crescimento emocional e, é esse primeiro encontro que se aciona quando a pessoa chega ao tratamento.

Pouco tempo depois que iniciou o tratamento Roberto saiu de férias, mas, saiu sem o consentimento da empresa onde trabalhava e isso provocou a sua demissão, e ele nem

1 Winnicott (1953), “Transitional objects and transitional phenomena: the study of the first not me possession”, *Interna*, 7. *Psycho-Anal* 34, pp 89- 97.

2 Kristeva, J. (1996) *Al comienzo era o amor*. Barcelona: Gedisa.

sequer teve um sentimento de perda quando isto aconteceu. Com o que havia poupado poderia pagar o tratamento mais alguns meses. Novamente me senti preocupada; o tratamento corria risco. Roberto se sentia momentaneamente liberado. Quando foi demitido começou a vir duas vezes por semana ao consultório, e vinha às sessões cada vez mais deprimido; chegava, atirava-se no divã; queixa-se de dores físicas, cansaço, sentia o corpo moído, cefaléia, insônia, fechava os olhos e dizia que o sol lhe incomodava, que lhe cansava. Detestava caminhar pela rua, preferia utilizar transporte público que seu carro para vir ao consultório. Então, começou a falar em terminar com a sua vida. A família toda ficou assustada, eu também. Era evidente a gravidade do que estava lhe acontecendo. Roberto somente saía de sua casa para vir à sessão. Entretanto duvidei de suas intenções suicidas, mas sim levei em consideração que estava tentando chamar a atenção. Nesse momento lhe ofereci uma sessão extra, sem nenhum custo. Tudo isto já era um indício do que acontecia com Roberto, assim como tudo o que estava em jogo com o seu tratamento, mas ao mesmo tempo, me interessava lhe oferecer uma visão que primeiro me ajudasse a compreender que aquilo que ele provocava em mim era parecido com o que provocava aos seus pais. Por que eu estava tão interessada em ajudá-lo a todo custo? O que era que acontecia na relação transferência-contratransferência? Qual era a culpa paterna que me tocava representar? O erro técnico de lhe oferecer uma sessão extra sem nenhum custo tinha a ver com partes inconscientes, tinha que descobrir não só o seu significado para mim, mas também, o que estava agindo da contra-identificação projetiva. Era um aspecto onipotente pensar que eu poderia ajudá-lo simplesmente oferecendo mais uma sessão? Que aspectos do paciente tinham sido projetados para que a atuação da analista se desse ante a ameaça de suicídio? Sandler (1992)¹ afirma que o paciente pressiona para provocar uma resposta do analista que pode resultar em uma “posta no ato” e tornar consciente estas atuações permite ao analista compreender o conflito e as fantasias transferenciais associadas ao paciente. A sensação que eu tinha era que devia coletar mais material para a análise, pois na sessão em que lhe disse que o veria mais uma vez durante a semana sem custo algum foi reveladora porque começou a chorar como um bebê, com uma enorme emoção, e me disse que estava preocupado por se sentir tão mal, estava muito zangado porque nunca havia feito isto antes, “Preciso de muita ajuda!”, me dizia e “Me dá raiva por não tê-la”. A raiva estava dirigida aos seus pais e a mim. Era como se com minha oferta tinha constatado que havia algo dentro dele muito danoso e é aí que ele se satisfaz com esta incapacidade. Tanto é assim que em nenhum momento expressou sua gratidão por mim. Gratidão, por quê? Isso me levou a pensar em uma atitude “Eu mereço tudo”, e concluí que estava bem, mas, por quê? O que fizemos sua mãe/analista para ter que lhe dar tudo? O que há em sua história que nos faz pensar em uma mãe, a qual apesar de ele ser um menino ingrato e parasita, a gente devia continuar estando aí? Estava extremadamente preocupada com o paciente, ele ameaçava se suicidar, e a cada sessão chegava mais deprimido do que a anterior. Sua voz era vazia e sem esperança: *Sempre senti que não mereço nada, e quando luto por alguma coisa quase nunca consigo e se consigo sai tudo errado. Penso em alguns brinquedos, nas frutas ou nos sapatos, quando queria me fazer as vontades sempre dava tudo errado, quebravam ou alguma coisa acontecia, perdía ou me roubavam... sinto que nada deu certo na minha vida e que nunca nada vai dar certo e estou pagando um castigo.* Este era o mesmo sujeito que aparecia como conquistador e que maltratava as mulheres, terrivelmente furioso com seus pais e sem poder demonstrar nenhuma gratidão a eles..., ou a mim. Nesse momento estava sem trabalho, e não parecia preocupado. O dinheiro que tinha poupado duraria somente mais

1 Sandler, J. (1992) *O paciente e o analista*. Buenos Aires: Paidós.

alguns meses. E eu me perguntava: como poupou esse dinheiro? A custa de quem? Então começou a aparecer no material como fazia para que seus amigos e amigas pagassem por ele e, bem..., o melhor exemplo na transferência era que eu também estava lhe dando uma sessão grátis. *Eu acho que todo mundo gosta de mim, como que sempre sou protegido pelos meus amigos, eles gostam de mim, se sentem bem comigo e também as garotas... digo coisas bonitas, eles me dizem que sou legal, elas dizem que eu as faço rir, levanto a sua auto-estima, digo que são muito bonitas, eu sempre as escuto, faço que acreditem que as entendo, lhes dou razão quando me contam alguma coisa.*

O uso excessivo da identificação projetiva por parte do paciente desperta reações específicas no analista que é levado passivo e inconscientemente a exercer o papel que o paciente lhe projeta. Isto é o que León Grinberg (1962)² define como contra-identificação projetiva. Distingue-a da contratransferência que é uma reação resultado das próprias atitudes ou restos neuróticos do analista reativados pelos conflitos do paciente. Há ocasiões que o mecanismo de identificação projetiva do paciente é exagerado ou violento por causa da sua própria história (quando ele foi sujeito de intensa identificação projetiva por parte de sua mãe). Embora seja certo que o paciente reage projetando no analista seus próprios conflitos, emoções e partes de seus objetos, também é possível que o analista responda com o mesmo mecanismo. É de se esperar que ante a violência do paciente, o analista interprete o material mostrando-lhe o uso da identificação projetiva nele. Entretanto, o analista que não é capaz de tolerar o projetado pode reagir ante a violência da identificação projetiva do paciente, tendo também uma reação igualmente violenta, negando ou ignorando sua violência, transferindo a sua reação a outro paciente ou sofrendo os efeitos de uma contra-identificação. Na realidade, o autor nos diz, a resposta do analista depende do grau de tolerância que ele tenha. Quando ocorre a contra-identificação a comunicação entre o paciente e analista é interrompida, o conteúdo emocional intolerável para o paciente é projetado no analista que sofre seus efeitos e reage como se houvesse adquirido e assimilado as partes projetadas nele de uma maneira real e concreta.

Chamou a minha atenção o fato de não estar zangada com a sua atitude, me mostrava complacente e ele condescendente ante a minha submissão. O que sentia Roberto sobre o que me ocorria contratransferencialmente? O paciente gera o sentimento exigido sempre e quando o analista se deixa impactar pelo que o paciente lhe transmite. Desde o momento que abro a porta do consultório começa o encontro com o paciente, seus gestos, palavras e silêncios. É assim como começa a comunicação, é assim como somos convidados a desempenhar um papel na vida afetiva de nosso paciente. Nem sempre sabemos que papel desempenhamos ou que função é esperada de nós. Em alguns momentos sentimos certo esclarecimento que permite compreender e nos sentimos em sintonia com o paciente, se criam momentos em que nossas fantasias ou nossas sensações são verbalizadas pelo paciente, como se juntos olhássemos um quadro e nos sentíssemos em uníssono. Isto foi expresso por Freud (1912) quando recomendava aos analistas que sintonizassem seu inconsciente com o de seus pacientes.

Para Roberto seus pais eram os perseguidores, os culpados por tudo o que lhe acontecia, tinha discussões violentas com eles, culpava-os e acabava sentindo-se bem, liberado, até satisfeito, mas no dia seguinte se sentia muito mal, abatido novamente. Os únicos momentos em que tudo parecia maravilhoso na sua vida eram quando saía para se divertir, se embriagava até quase ficar inconsciente, e não se lembrava de nada. Toda a semana esperava este momento, o momento de ver a seus amigos, ficar com uma garota e ficar extasiado com a ajuda do álcool. Mas, no dia seguinte, tudo era igual: mal, sem

² Grinberg, L. (1962) On a Specific Aspect of Countertransference Due to the Patient's Projective Identification. *Int. J. Psycho-Anal.*, 43:436-440.

esperança, terrível. Este era o estado da sua mente, preso a esta idéia repetitiva: o mundo dá asco, tudo está mal dentro e fora de mim. Com o tempo percebemos que a sua mãe o havia abandonado emocionalmente quando nasceu Júlio, seu irmão mais novo, gravemente doente desde que saiu da maternidade. Aos três anos e meio Roberto deixou de ser o rei, foi esquecido, uma carga para todos, pois era um menino inquieto e vivaz, essa violência recebida pelo abandono de seus pais lhe dava o direito de maltratá-los e anulá-los. O nascimento de Júlio aparecia como resultado de que tudo estava mal dentro e fora dele, de maneira que minhas tentativas para ajudá-lo eram insuficientes, pois o dano foi brutal e a recompensa por isso se perpetuava: sua mãe cozinhava para ele, lavava sua roupa, o ajudava economicamente, seu analista o recompensava com uma sessão extra. Quando nós dois entendemos isto Roberto recuperou o seu trabalho e pôde pagar mais duas sessões, mas, muito tempo terá que passar para que sua história de amor mude...

Nem sempre está claro se é o projetado pelo paciente ou se é a resposta do analista para ele ou ao que diz. Como comenta Christopher Bollas³ "... *esta inevitável, sempre presente e necessária incerteza sobre a razão de nosso sentir imprime um nuance de humildade e responsabilidade à consideração íntima que em cada caso podemos fazer de nossa contratransferência*".

Descritores: Transferência, contratransferência, contra-identificação projetiva.

Resumen

O presente trabalho trata sobre a maneira em que o analista se deixa impactar pelo que o paciente lhe transmite. Mediante um caso clínico se ilustra como começa a comunicação entre paciente e analista e a maneira em que somos convidados a desempenhar um papel na vida afetiva de nosso paciente. A hipótese central é que a transferência e a contratransferência são os espaços onde ocorre o processo analítico; é o espaço do significado que serve para compreender entre dois, o que sucede. Tenta ainda, analisar as conseqüências que tem no tratamento o uso excessivo da identificação projetiva por parte do paciente e as reações que podem gerar no analista que é levado passiva e inconscientemente a jogar o rol que o paciente lhe projeta.

Bibliografía

- Bion, W. (1959) Attaks on linking. *Int. J. Psychoanal.* 40:308-315.
- Bion, W. (1967) y Chused, J. (1991) Citados en Jacobson, Th. (1999) Countertransference Past And Present. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80:575-594.
- Blum, H. (1986) Countertransference and the Theory of Technique: Discussion. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 34:309-328.
- Bollas, Ch. (1987) *La sombra del Objeto*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Grinberg, L. (1962) On a Specific Aspect of Countertransference Due to the Patient's Projective Identification. *Int. J. Psycho-Anal.*, 43:436-440.
- Kristeva, J. (1996) *Al comienzo era el amor*. Barcelona: Gedisa.
- McDougall, J. (1979) Primitive communication and the use of countertransference. In *Countertransference*, ed. L. Epstein & A. Feiner. New York: Jason Aronson, pp. 267-303.
- Sandler, J. (1992) *El paciente y el analista*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D.W. (1945), "Primitive Emotional Development", en *Collected Papers: Through Pediatrics to Psycho-Analysis*, Londres, Tavistock Publications.
- (1947), "Hate in the countertransference", en *Collected Papers, Through Pediatrics to Psycho-Analysis*, Nueva York, Basic Books, 1975, págs 194-203.
- (1949) El odio en la contratransferencia. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- (1953), "Transitional objects and transitional phenomena: the study of the first not me possession", *Interna, J. Psycho-Anal* 34, pp 89- 97.

3 Bollas, Ch. (1987) *A sombra do Objeto*. Buenos Aires: Amorrortu editores. Pág. 244.

En transferencia... Un enigma

Luisa Irene Acrich*

La clínica nos enfrenta a desafíos impensados, en situaciones de construir un espacio dinámico de trabajo desde la singularidad del encuentro, que define “a la experiencia psicoanalítica sobre la base de una relación intersubjetiva que determina un ‘campo’ bi-personal...produciéndose entonces resultantes complejas recíprocamente determinadas”. (B. Winograd, 2002, pp.12)

Relataré el intenso trabajo transferencial-contratransferencial que se estableció con David, de 68 años, durante los 6 meses que duró nuestro vínculo terapéutico. ¿Será posible transmitir tantos sentimientos en tan pocas palabras y, si fueran infinitas palabras, sería posible? Llegó a mí a través de un Centro asistencial. En la derivación me informaron que padecía un cuadro de esclerosis múltiple y que sólo podía desplazarse en silla de ruedas. Surgieron entonces obstáculos y peros, me sentí invadida de dudas, y de pronto advertí que lo estaba discriminando. Pensé que si hubiese sido mi padre hubiera deseado que lo atendieran. Así comenzó un diálogo interno, posiblemente a modo de preparación frente a la nueva situación. Me pregunté si me sentiría en condiciones de atenderlo si la enfermedad estuviera en un estado avanzado. De a poco me entusiasmo la idea de conocerlo, surgiendo una serie de interrogantes. Me contacté con David, su voz me gustó y llamó mi atención que al oír mi apellido lo repitiera varias veces. En la primera entrevista, con sus ojos celestes y una mirada profunda recorrió mi cuerpo, otro tanto hice yo con él. Descubrí un hombre con un estado físico deteriorado, que apenas si podía levantar su mano para saludarme, pero a la vez con un gran impulso vital, instalándose rápidamente un fuerte campo transferencial-contratransferencial. Sus primeras palabras fueron “¿Su apellido es Acrich, estoy leyendo un libro sobre los judíos de España, me tiene embriajado, habla de nuestros orígenes!”.

David presentaba un cuadro de esclerosis múltiple avanzado desde hacía 9 años, 3 años después tuvo un aneurisma de corazón, lo salva la rapidez con que actuó su esposa. Luego de ese episodio se separan. Tenía una hija de 32 años con problemas psíquicos, un hijo de 27 años con el cual vivía y admiraba por su inteligencia y una hija que había fallecido 7 años atrás de un paro cardíaco. Mantuvo un matrimonio complicado, con infidelidades por parte de su esposa, que toleró en el afán de tener una familia. Muy pequeño perdió a su padre y a su hermano en un trágico accidente y sentía orgullo de haber llegado a ser un profesional exitoso y culto a pesar de su origen humilde.

Describió su situación como crítica, pero a la vez refirió tener inquietudes: “*Tengo una depresión muy grande, estoy acá para agarrarme, para combatirla, a veces pienso en el suicidio, pero siento que puedo lastimar a mucha gente... tengo que cuidarme de no crear complicaciones, de no hacerme el loco, porque si me caigo tengo que pedir más ayuda, no tengo que orinarme, tengo un sólo capricho: ducharme parado, es ese pedacito que todavía puedo, y también tener un poco de libido para buscar algo que me excite o algo de la agresividad que me haga sentir vivo. Estoy cansado de hablar, de tanto psicoanálisis, hice terapia individual, de pareja y grupal, estoy cansado de que todo tenga una explicación, en este momento lo que me asusta es la soledad y el vacío, tengo la autoestima destrozada... tengo miedo y por eso pido ayuda, me siento frustrado y fracasado,...este es un momento crítico para mí, pero no quiero tenerme lástima,... me da impotencia esta silla de ruedas, es lo que más odio y lo que más necesito,... tengo miedo y necesito*”.

contención”. Explicó que preveía esta situación de crisis porque su hijo se había ido de viaje.

Esta descripción trasluce el cuadro de una persona en situación límite: infancia traumática, una hija muerta, una enfermedad invalidante y progresiva, fantasías de suicidio. Frente a este panorama me preguntaba si podríamos implementar un proyecto terapéutico, necesitaba un tiempo de exploración de su dinámica psíquica debido a las múltiples ansiedades, la enorme demanda y la gran depresión. El proyecto terapéutico consistió en brindarle recursos, desde una lectura psicoanalítica, para aferrarse a la vida, dado que si bien ciertos aspectos podían ser irrecuperables, también poseía potencial psíquico y libidinal. Tenía que actuar con prudencia dada la sintomatología límite que presentaba, privilegié el conflicto actual en términos de no confrontarlo a regresiones tempranas y a situaciones históricas traumáticas, apuntando a recrear sus aspectos vitales. Era difícil mantenerse en un espacio de operatividad, dado que una de las características del campo relacional era la dificultad para saber cuánto de la relación podía promover su bienestar y cuánto podía estimularlo a situaciones de una exigencia tal, más allá de lo que estaba en condiciones de procesar. Dice P. Rivière “...es necesario que el analista tenga conciencia de que trabaja constantemente con un esquema referencial. Este esquema tiene un carácter instrumental y se lo debe confrontar permanentemente en el campo operacional, donde tiene que ser rectificado o ratificado” (Pichon Rivière, 1983, pp.125)

A medida que transcurrían las entrevistas David informaba acerca de la significatividad del vínculo, refiriendo por un lado, su enamoramiento erótico que se había constituido en un sostén, y por el otro, su agresividad se hacía presente en la dificultad del pago de honorarios y la desvalorización cuando descubría que yo no era culta como él. Agresividad que entendí como la expresión de su sufrimiento psíquico, sin atribuirle una intencionalidad en el sentido del odio o la ira. Frente a la humillación y rabia narcisista de verse impotente, operaba un movimiento defensivo que le otorgaba identidad. En lugar de verse imposibilitado y en situación de dependencia, se posicionaba en un lugar de dominio y poder, como modo de invertir lúdicamente la situación para frenar el derrumbe. “...la importancia y la frecuencia con que las angustias de autoconservación desencadenan agresividad justifica que, como primera aproximación, cada vez que nos encontremos ante fantasías o conductas agresivas nos formulemos la pregunta: ¿Qué es lo que asusta al sujeto?” (Bleichmar, 1997, pp.226). Intenté darle nuevas significaciones al intenso embate pulsional que lo dominaba, visualizado en la conjunción de un intenso amor transferencial y un quantum considerable de agresividad.

Al cabo de unas entrevistas, refiere que de chico trabajó de cadete en una fábrica textil cuyo nombre estaba integrado por tres apellidos, uno de ellos era el mío, y pregunta si tengo alguna relación con ese Acrich. Le respondo que sí, que era mi abuelo. Sus ojos se llenaron de lágrimas, *“Parece mentira las vueltas de la vida, trabajar allí fue una gran ayuda... mi primer trabajo, ... recuerdo la figura de su abuelo, era un señor, siempre elegante, sabía ser patrón, aprendí mucho, me gustaba la idea de parecerme a él... y ahora estoy con la nieta, me ayudó su abuelo y ahora me ayuda usted”*.

David solía tener un tono imperativo, provocador, pasional y seductor: *“¿me va a sacar de esta depresión?!”*, *“¿usted es el poste que me ata a la vida, si la pierdo me muero!”*, *“¿sueño con tenerla en mis brazos?”*; *¿sabe que la pienso desnuda, o me imagino violándola, puede aceptar que la vea así?!*, le respondí, *“David Ud. tiene la libertad de pensar e imaginar lo que desee”*, sorprendido: *“¿Así de simple, ... sabe que me está enamorando?”*, le dije: *“Si puede enamorarse de mí, quiere decir que conserva la capacidad de enamorarse y no sólo de mí”*. No realicé en esa oportunidad una interpretación transferencial, tan sólo intentaba quitarle el matiz dramático con el que se manejaba. Frente a su pasiona-

lidad reaccionaba con tranquilidad, mostrándole un modelo diferente que lo intrigaba. Las palabras funcionaban como acciones, pensarme desnuda o imaginarse violándome tenía el valor de lo realizado. Yo no me escandalizaba, él se serenaba. Sus demandas fueron comprendidas como una peculiar necesidad frente a su gran carencia, a su narcisismo herido, y en virtud de ello las recibí con empatía y calidez.

En una oportunidad llamó: *“Esta es una despedida, sólo quería agradecerle su ayuda, estoy mal y no sé para qué vivo, ¿para qué la llamo si no quiero vivir más?”*, contesté: *“Ud. me llama porque se da cuenta que tiene dentro suyo un David muy destructivo y como me ha convertido en la guardiana de sus cosas buenas y sus ganas de vivir, me llama para pedirme que lo ayude a controlarse y que lo contenga, porque sino es capaz de hacer locuras, Ud. tiene situaciones muy dramáticas en su vida que no podemos desconocer, pero también siente que tiene cosas valiosas”*, dijo: *“Me maravilla la sencillez de sus pensamientos, usted conmigo hace magia, soy extremista pero si no lo hubiera sido no hubiese sobrevivido,... quedé mal desde el terrorífico espectáculo de mi padre y mi hermano envueltos en llamas, eso me puso jodido,... después la agonía de mi hija,... necesito que me contenga”*. A los 4 meses regresó su hijo, y David dejó de venir al consultorio. Coincidentemente contrajo una gripe que lo dejó postrado, se estableció entonces espontáneamente un diálogo telefónico, me llamaba y conversábamos. No quería que fuera a su casa, deseaba que siguiera perteneciendo a su mundo privado, su único espacio propio, como solía decirme. Me ponía al corriente de espectáculos culturales o me hacía escuchar tangos. A veces, estaba de buen humor, y otras melancólico. Refería que tenía presente que me adeudaba honorarios: *“Llamo para saludarla y decirle que en la vida no tiene precio cuando una persona se acerca a uno desinteresadamente como Ud. lo hizo en los momentos en que la necesitaba, y quería decirle que la cuestión de los honorarios que le adeudo me tiene mal, pero quédese tranquila que le voy a pagar”*. Le dije que estaba tranquila. Podría haber hecho interpretaciones teóricas, pero privilegié el aspecto terapéutico, evalué que en ese momento necesitaba monologar conmigo. Aparte él tenía razón, hay cosas en la vida que no tienen precio. En esas conversaciones solía decirme: *“Quédese tranquila que ese loco que tengo adentro se está portando mejor”*.

De pronto la ausencia de su llamado se hizo sentir, me preocupé y llamé, atendió la asistente: *“El señor falleció... qué suerte que llamó, quería decirle que usted lo ayudó mucho... la nombró varias veces los últimos momentos”*.

Ese breve tiempo de encuentro y cruce de nuestras vidas nos permitió recorrer vericuetos de nuestras profundidades afectivas y ambos quedamos transformados. Considero que para David he sido una analista que resultó una buena compañía cuando se sentía muy solo por la partida de su hijo, lo ayudé a esperarlo y creo que también ayudé a su hijo, porque David lo pudo esperar. En lo que a mí respecta fue una experiencia movilizante y enriquecedora, en la que me sentí confrontada a encrucijadas afectivas, existenciales y teóricas.

Resumen

El objetivo del trabajo “En transferencia... un enigma” intenta dar cuenta de la diversidad de variables que pueden surgir en cada situación clínica, destacando la importancia de considerar ese encuentro como singular y dinámico.

Se relatan distintos momentos del caso clínico de una persona que presenta una serie de situaciones límites y dramáticas, en conjunción con diversas hipótesis e interrogantes que se plantea la analista, la cual se ve confrontada a encrucijadas afectivas, existenciales y teóricas.

Se destaca la importancia de poder registrar la intensidad del campo transferencial-contratransferencial para poder operar y generar recursos para implementar un proyecto terapéutico adecuado a la índole del contexto y a las cualidades de los dos integrantes de la dupla terapéutica.

Bibliografía

- Acrich, L., Fridman de Budnick, A., Jud, L., Kemelmajer de Levin, B.: "Lo posible... una visión con otros". XXI Encuentro, XVI Symposium de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, Buenos Aires, 1998
- Baranger, W., Baranger, M.: "La situación analítica como campo dinámico" (Cap. VII). *Problemas del campo psicoanalítico*. Ediciones Kargieman, Buenos Aires, 1969
- Bleichmar, H.: "La agresividad: variantes y especificidad de las intervenciones terapéuticas" (Cap.5). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1997
- Freud, S.: Obras completas. Amorrortu Editores
- (1912) Sobre la dinámica de la transferencia
 - (1914) Introducción del narcisismo
 - (1917) Duelo y melancolía
 - (1920) Más allá del principio del placer
 - (1921) Psicología de las masas y análisis del yo
- Issaharoff, E.: "Comunicándonos en sesión". *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis* N°6, Buenos Aires, 2003, Págs. 31-68
- Lieberman, D.: "Complementariedad estilística entre el material del paciente y la interpretación". *Revista de Psicoanálisis A.P.A.*, T XXXI N°1/2, Buenos Aires, 1974
- Pichon Rivière, E.: *Teoría del vínculo*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1983
- Thomä, H., Horst, K.: Transferencia y relación. (Cap. 2). *Teoría y práctica del psicoanálisis. I Fundamentos*. Ed. Herder S. A., Barcelona, 1989
- Winograd, B.: "El psicoanálisis rioplatense". *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. N°5, Buenos Aires, 2002, Págs. 9-27

Em transferência... Um enigma

Luisa Irene Acrich*

Na prática clínica nos deparamos com desafios impensáveis, que dá a possibilidade de construir um espaço dinâmico de trabalho a partir da singularidade do encontro, que define “à experiência psicanalítica sobre a base de uma relação intersubjetiva que determina um ‘campo’ bipessoal... produzindo-se então resultados complexos reciprocamente determinados”. (B. Winograd, 2002, pp.12)

Comentarei o intenso trabalho transferencial-contratransferencial que se estabeleceu com David, de 68 anos de idade, durante os 6 meses que durou nosso vínculo terapêutico. Será possível transmitir tantos sentimentos em tão poucas palavras, e se fossem infinitas palavras, seria possível? Ele veio encaminhado a mim por um centro assistencial. Fui informada que padecia um quadro de esclerose múltipla e que só podia se transladar em cadeira de rodas. Foi então que surgiram obstáculos e outras coisas, me senti invadida pelas dúvidas e, de repente percebi que o estava discriminando. Pensei: se fosse meu pai eu gostaria que o atendessem. Neste momento começou um diálogo interno, possivelmente uma preparação para enfrentar esta nova situação. Questionei-me se eu estaria em condições de atendê-lo caso a doença estivesse em um estado avançado. Pouco a pouco fui me entusiasmando com a idéia de conhecê-lo, porém, apareceram muitas interrogações. Entrei em contato com David, gostei da sua voz e me chamou à atenção que, ao ouvir meu sobrenome, o repetiu várias vezes. Na primeira consulta, com seus olhos azuis e um olhar profundo percorreu o meu corpo, e fez a mesma coisa com ele. Encontrei-me com um homem em um estado físico deteriorado, que quase nem podia levantar a mão para me cumprimentar, mas tinha uma grande vitalidade, imediatamente se instalou um forte campo transferencial-contratransferencial. Suas primeiras palavras foram “*Seu sobrenome é Acrich, não é? Estou lendo um livro sobre os judeus da Espanha, estou fascinado, fala das nossas origens!*”.

David apresentava um quadro de esclerose múltipla avançada há nove anos. Três anos depois teve um aneurisma cardíaco, se salvou porque sua esposa agiu rapidamente. Depois disso eles se separaram. Tinha uma filha de 32 anos de idade com problemas psíquicos, um filho de 27 anos com o qual morava e o admirava pela sua inteligência e uma filha que havia falecido em decorrência de uma parada cardíaca há 7 anos. Seu casamento foi muito complicado, sua esposa lhe foi infiel, ele tolerou a infidelidade no afã de ter uma família. Quando era muito pequeno perdeu o seu pai e o seu irmão em um trágico acidente, sentia-se orgulhoso por ser uma pessoa culta e um profissional bem sucedido apesar de sua origem humilde.

Descreveu a sua situação como crítica e comentou que tinha muitas inquietações: “*Sofro de uma depressão muito grande, estou aqui para poder agüentar; para combatê-la, às vezes penso em me suicidar, mas isso poderia causar dor a muitas pessoas... tenho que me cuidar para não criar complicações, para não passar por louco, porque se eu cair terei que pedir mais ajuda, não devo urinar nas calças, só tenho uma mania: tomar banho em pé, isso é a única coisa que ainda posso fazer, e também ter um pouco de libido para procurar algo que me excite ou um pouco de agressividade que me faça sentir vivo. Estou cansado de falar, de tanto psicanálise, já fiz terapia individual, de casal e em grupo, estou cansado de que tudo deva ter uma explicação, neste momento o que me dá medo são a solidão e o vazio, tenho a auto-estima*”.

destruída... tenho medo e por isso peço ajuda, me sinto frustrado e fracassado,... este é um momento crítico para mim, mas não quero sentir lástima de mim mesmo,... esta cadeira me deixa impotente, é o que mais odeio e o que mais preciso,... tenho medo e preciso que me contenham". Disse que sentia aproximar-se uma crise porque seu filho havia viajado.

Esta descrição reflete o quadro de uma pessoa em situação limite: infância traumática, uma filha morta, uma doença progressiva que o levará a invalidez e com ideiação suicida. Diante deste panorama me perguntava se poderíamos implementar um projeto terapêutico, necessitava um tempo para explorar a sua dinâmica psíquica devido as múltiplas ansiedades, a enorme exigência e a forte depressão. O projeto terapêutico consistiu em oferecer-lhe recursos, a partir da leitura psicanalítica, para garantir a vida, apesar de que certos aspectos podiam ser irrecuperáveis, também tinha potencial psíquico e libidinal. Tinha que agir com prudência devido à sintomatologia limítrofe que apresentava, optei pelo conflito atual para não confrontá-lo a regressões prematuras e a situações históricas traumáticas, visando recriar seus aspectos vitais. Era difícil permanecer em um espaço de operabilidade, pois uma das características do campo relacional era a dificuldade para saber quanto da relação podia favorecer seu bem-estar e quanto podia estimulá-lo a situações de uma exigência tal, além do que estava em condições de processar. "... é necessário que o analista tenha consciência de que trabalha constantemente com um esquema referencial. Este esquema tem um caráter instrumental e deve ser confrontado permanentemente no campo operacional, onde tem que ser retificado ou ratificado" (Pichon Rivière, 1983, pp.125)

A medida que transcorriam as consultas David deixava transparecer a significatividade do vínculo, referindo-se, por um lado, à sua paixão erótica que se havia constituído em um suporte e, pelo outro lado, sua agressividade se fazia presente no fato de ter dificuldade para pagar os honorários e o desprezo quando descobria que eu não era tão culta quanto ele. Agressividade que entendi como a expressão de seu sofrimento psíquico, sem lhe atribuir uma intencionalidade no sentido do ódio ou da ira. Diante da humilhação e da raiva narcisista de se ver impotente, criava um movimento defensivo que lhe proporcionava identidade. Em vez de se ver impossibilitado e em situação de dependência, posicionava-se em um lugar de domínio e poder, como modo de investimento lúdico sobre a situação para frear o desmoroamento. "... a importância e a frequência com que as angústias de autoconservação desencadeiam agressividade justifica que, como primeira aproximação, cada vez que nos encontremos ante fantasias ou condutas agressivas nos perguntemos: O que é que assusta ao sujeito? (Bleichmar, 1997, pp.226). Tentei dar-lhe novos significados ao intenso embate pulsional que o dominava, visualizado na conjunção de um intenso amor transferencial e um quantum considerável de agressividade.

Depois de algumas consultas contou que quando era garoto trabalhou de office-boy em uma fábrica têxtil cujo nome era formado por três sobrenomes, um deles era igual ao meu, me perguntou se tinha alguma eu tinha alguma relação com o sobrenome Acrich. Respondi que sim, que era meu avô. Seus olhos se encheram de lágrimas, *"parece mentira as voltas que a vida dá, trabalhar ali me ajudou muito... foi meu primeiro emprego,... lembro do seu avô, era um grande senhor, sempre elegante, sabia mandar, aprendi muito, queria ser como ele... e agora estou com a sua neta, seu avô me ajudou muito e agora você me ajuda"*.

Às vezes David tinha um tom imperativo, provocador, passional e sedutor: *"você vai curar esta depressão?!", "você é a minha tábuca de salvação, se chego a perdê-la eu morro!", "sonho em tê-la em meus braços!", "sabe que penso em você nua, ou que a violo, você pode aceitar que eu a veja assim?!",* lhe respondi, *"David, você tem a liberdade de pensar e imaginar o que quiser"*, Ficou surpreso:

“Tão simples assim,... sabe que estou me apaixonando?” lhe disse: “Se você pode se apaixonar por mim, quer dizer que ainda tem a capacidade de apaixonar-se e não só por mim”. Nesse momento não fiz uma interpretação transferencial, somente tentava tirar o tom dramático com o qual se manejava. Frente a sua paixão agi com tranqüilidade, mostrando-lhe um modelo diferente que o deixava intrigado. As palavras funcionavam como ações, ao pensar em mim nua ou imaginar que me violava tinha o valor do ato realizado. Eu não me escandalizada, ele ficava tranqüilo. Suas exigências foram compreendidas como uma necessidade peculiar ante sua grande carência, ante o seu narcisismo ferido e, em virtude disso as recebi com empatia e ternura.

Uma vez ele telefonou: “esta é uma despedida, somente queria agradecer a sua ajuda, me sinto mal e não sei por que vivo, por que ligo para você se não quero mais viver?”, respondi: “Você me liga porque se dá conta que tem dentro de si um David muito destrutivo e como passei a ser a guardiã de suas coisas boas e sua vontade de viver, me liga para pedir que o ajude a se controlar e que o contenha, porque senão você será capaz de fazer loucuras. Existem situações muito dramáticas na sua vida e que não podemos ignorar, mas também sente que tem coisas valiosas”, diz: “Admiro a simplicidade de seus pensamentos, você faz milagres comigo, sei que sou extremista, mas se não fosse assim não teria sobrevivido,... fiquei mal depois de ver o terrível espetáculo de meu pai e meu irmão envoltos em chamas, isso me fez muito mal, depois a agonia de minha filha,... necessito que me contenha”. Depois de 4 meses seu filho regressou e David deixou de vir ao consultório. Coincidentemente contraiu uma gripe que o deixou acamado, então de maneira espontânea se estabeleceu um diálogo por telefone, me ligava e conversávamos. Não queria que eu fosse a sua casa, desejava que eu continuasse pertencendo ao seu mundo privado, seu único espaço próprio, como às vezes me dizia. Comentava sobre os espetáculos culturais ou me fazia escutar tangos. Às vezes, estava de bom humor, e outras vezes melancólico. Falava que sabia que devia meus honorários: “Ligo para cumprimentá-la e lhe dizer que não tem preço quando uma pessoa se aproxima de alguém desinteressadamente como você o fez nos momentos em que eu precisava, e queria também lhe dizer que me sinto mal porque lhe devo os seus honorários, mas, fique tranqüila que vou lhe pagar”. Disse-lhe que estava tranqüila. Poderia ter feito interpretações teóricas, porém optei pelo o aspecto terapêutico, avaliei que nesse momento necessitava conversar comigo. Além disso, ele tinha razão, têm coisas na vida que não tem preço. Nessas conversas, às vezes, me dizia: “Fique tranqüila que esse louco que tenho aqui dentro está se comportando melhor”.

De repente senti a falta de seus telefonemas, fiquei preocupada e liguei, atendeu uma mulher: “ele faleceu... que bom que você ligou, queria lhe dizer que você o ajudou muito..., falou várias vezes de você nos últimos momentos”.

Esse breve tempo de encontro quando nossas vidas se cruzaram nos permitiu percorrer caminhos sinuosos dos nossos afetos profundos e ambos nos transformamos. Acho que fui para David uma analista que acabou sendo uma boa companhia quando ele se sentia sozinho por causa da partida do seu filho, ajudei-o a esperá-lo e acredito que também ajudei ao seu filho, porque David pôde esperá-lo. No que me diz respeito foi uma experiência mobilizadora e enriquecedora, onde me deparei com encruzilhadas afetivas, existenciais e teóricas.

Resumo

O objetivo do trabalho “Em transferência...um enigma” tenta dar conta da diversidade de variáveis que possam surgir em cada situação clínica, destacando a importância de considerar esse encontro como singular e dinâmico.

Relatam-se diferentes momentos do caso clínico de uma pessoa que apresenta uma série de situações limites e dramáticas, em conjunção com diversas hipóteses e perguntas que se depara a analista, a qual se vê ante encruzilhadas afetivas, existenciais e teóricas.

Destaca-se a importância de poder registrar a intensidade do campo transferencial-contratransferencial para poder operar e gerar recursos para implementar um projeto terapêutico adequado à índole do contexto e às qualidades dos dois integrantes da dupla terapêutica.

Bibliografía

Acrich, L., Fridman de Budnick, A., Jud, L., Kemelmajer de Levin, B.: "Lo posible...una visión con otros". XXI Encuentro, XVI Symposium de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, Buenos Aires, 1998

Baranger, W., Baranger, M.: "La situación analítica como campo dinámico" (Cap. VII). *Problemas del campo psicoanalítico*. Ediciones Kargieman, Buenos Aires, 1969

Bleichmar, H.: "La agresividad: variantes y especificidad de las intervenciones terapéuticas" (Cap.5). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1997

Freud, S.: Obras completas. Amorrortu Editores

(1912) Sobre la dinámica de la transferencia

(1914) Introducción del narcisismo

(1917) Duelo y melancolía

(1920) Más allá del principio del placer

(1921) Psicología de las masas y análisis del yo

Issaharoff, E.: "Comunicándonos en sesión". *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis* N°6, Buenos Aires, 2003, Págs. 31-68

Liberman, D.: "Complementariedad estilística entre el material del paciente y la interpretación". *Revista de Psicoanálisis A.P.A.*, T XXXI N°1/2, Buenos Aires, 1974

Pichon Rivière, E.: *Teoría del vínculo*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1983

Thomä, H., Horst, K.: Transferencia y relación. (Cap. 2). *Teoría y práctica del psicoanálisis. I Fundamentos*. Ed. Herder S. A., Barcelona, 1989

Winograd, B.: "El psicoanálisis rioplatense". *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. N°5, Buenos Aires, 2002, Págs. 9-27

Entrevista al Dr. Leopold Nosek

El Dr. Nosek es médico psicoanalista didacta de la SBPSP y Presidente electo de FEPAL 2010-2012.

¿Le parece que el trípode formativo -análisis didáctico, supervisión y seminarios teóricos- sigue teniendo vigencia? ¿Piensa que debería sufrir modificaciones, o ser incrementado en algo?. En ese caso ¿cuáles serían?

En un editorial que escribí hace mucho tiempo hablé de un “cuadrípode” formativo. Me referí entonces al clima institucional como siendo un aspecto muy importante: la tradición teórica, las estructuras de poder, la ideología reinante, etc. Un instituto que tiene tradición positivista y psicoterapéutica, por ejemplo, resultará muy diferente de otro instituto con tradición crítica. Lo mismo sucede si un instituto tiene tradición médica o de abertura para otras formaciones en disciplinas humanísticas. Si el postulante a psicoanalista puede participar ampliamente en la política institucional, resultará menos infantilizante que si esta participación le es prohibida. Si el análisis necesario para la formación es independiente de la estructura institucional, habrá menos chances de que la regresión que ocurre en el análisis, migre hacia el ámbito de convivencia de la sociedad. La formación en un ambiente académico resulta muy diferente de la formación en un ambiente independiente. Entonces, la política del instituto hace parte de la formación. Pero la cuestión no es solamente institucional: el propio ambiente socio-cultural donde sucede la formación tiene influencia. Un ejemplo obvio de esto es que, la política social referente a la salud y el ambiente académico, resultan en ideologías en los institutos. La cuestión es mucho más amplia y merece reflexión profunda y permanente. De esta manera, creo que una amplia formación,

crítica y cultural, por parte de quienes están formándose psicoanalistas es esencial.

¿Cree que independizar el análisis personal de los institutos de formación podría favorecer la formación de analistas más emancipados, creativos y críticos?

Su pregunta contiene en sí la respuesta. Claro que el análisis debe ser como cualquier otro. Es un análisis que es atribución únicamente de sus participantes. Tendrá como resultado, no la creación de alguien especial, mas simplemente alguien un poco mejor que si no hubiese hecho análisis. Puede resultar en una mayor abertura para el inconsciente, pero estoy enfatizando la palabra “puede”, no es obligatoriamente así. No somos mejores que ningún grupo, no criamos mejor nuestros hijos, no sabemos vivir mejor la vida y no tenemos acceso privilegiado a nada, a no ser, tal vez, una mayor abertura al fenómeno del inconsciente. Las funciones de creatividad y crítica dependen, más allá del talento, de la curiosidad y del esfuerzo, que inclusive, deberían conducir nuestro interés hacia otros ramos del conocimiento de las humanidades. No debemos esperar que los institutos nos provean todo.

¿Cómo se puede evitar el adoctrinamiento teórico en las supervisiones?

¿Cómo evitar que tengamos una aproximación infantil con los maestros? Depende de cada uno y de su momento. Reparen que yo retiré el foco de los supervisores y lo coloqué sobre el supervisando. El supervisor tiene sus creencias, que ya están más fijadas, tiene su vanidad y su amor propio. Tiene todo el derecho de tenerlos. Nuevamente, no debemos esperar tanto de los maestros. El candidato a analista está haciendo su formación en un tiempo diferente del que ocurrió la formación de su supervisor. Todo

el ambiente es otro, inclusive, los temas de discusión teórica. Se espera que las nuevas generaciones puedan ir más allá que las generaciones anteriores. Tal vez, sería útil que la supervisión no se atuviera a un único caso, que se torna artificial por la presencia constante de un tercero en la situación analítica. También podría ser interesante que la supervisión se detuviera sobre el pensar psicoanalítico del supervisando en vez de ser el acompañamiento, paso a paso, de un análisis. La multiplicidad de supervisores y el debate entre ellos también ayuda, pero nada substituye el sentido crítico y la garantía de igualdad de derechos en relación con los que están formándose. Cuando yo era estudiante de medicina, los profesores, nos llamaban de doctores y nos trataban como colegas.

A nivel de la enseñanza teórica ¿habría una malla curricular que considera que podría favorecer estas mismas cualidades que destacáramos antes?

Me parece que es útil tener una malla curricular que pueda contemplar intereses individuales además de los cursos obligatorios. Debe permitir esos intereses de los alumnos y de los profesores. Los institutos deben ser ágiles y deben poder moverse con facilidad en sus reglamentos. Los cursos libres son, por lo tanto, interesantes. Una amplia dialéctica entre tradición y renovación es importante. En ese sentido, el estudio de los clásicos con visión crítica, es lo que me agrada ver empleado. Así, nunca es demasiado volver y volver a Freud. Es el terreno común que nos une, no importa que lo leamos de modo tan diverso.

¿Qué relación piensa que deben guardar entre sí los fundamentos freudianos con los hallazgos de las corrientes postfreudianas en este marco? ¿Cómo piensa que deben ser ordenados esos distintos campos de la teoría en la transmisión que se da durante la formación analítica?

Evidentemente es interesante tener toda la abertura posible para los post freudianos. Inclusive es imposible leer Freud puramen-

te sin el colorido de los diferentes pensamientos que lo siguieron. Podemos muy bien tener un Freud Bioniano, Kleiniano, Kohutiano, etc. No tiene sentido intentar leer Freud como si toda la humanidad e historia no hubiesen salido del lugar. Esto no quiere decir que toda renovación es interesante. Al contrario, debemos detenernos en lo que torna nuestro pensamiento único y nos define. No es para que lleguemos a un consenso, y sí, para ver nuestra especificidad de una manera crítica. Esto es lo que posibilitará a nuevas generaciones llegar donde sus analistas y supervisores todavía no llegaron. Tradición y ruptura es lo que nos define. No imagino un analista sin subversión a la tradición y a lo establecido, así fue en nuestro origen y así será nuestro futuro. A mí me gustaría ver analistas críticos en su realidad específica y en su circunstancia social. Pero este es apenas uno de los deseos que ustedes van a encontrar en nuestras asociaciones.

¿Qué papel le atribuye a la producción escrita en la formación psicoanalítica?

Creo que es fundamental que tengamos nuestra revista de psicoanálisis latinoamericana fuerte, que pueda dialogar con el modelo del IJP o del JAPA presentando desarrollos propios. Tenemos una especificidad tal que sería interesante presentarla y debatirla. Inclusive, podría ser producida una versión en lengua inglesa para acceder más fácilmente a las fuentes de divulgación. Las revistas pueden tener un modelo más ensayístico o más científicista. Sería común en nuestro medio, que el modelo de escritura de Freud -así como de tantos otros- no pasase por la selección de algunas revistas actuales de psicoanálisis. No podemos tener un modelo único de escritura y aceptarlo acríticamente. Todas las sociedades tienen sus vehículos, deberíamos propiciar una tentativa de debate entre ellas. La producción escrita fija un estilo y una tradición, no podemos dejar ese espacio sin llevar la discusión hasta él. La FEPAL tiene un papel esencial en este aspecto.

¿Piensa que los institutos deberían estimular la investigación durante la formación? Si es así, ¿cuál es la forma que considera más adecuada para realizar eso? ¿Cree que deberían existir políticas institucionales en los institutos de formación –incluso a nivel de subsidios– en este sentido?

La primera investigación podría ser: ¿qué es investigación en psicoanálisis? Tampoco tenemos, felizmente, aquí consenso. Claro que esto va a depender no solo de la diversidad con que se define psicoanálisis, como también de la ideología epistemológica del investigador. Creo que una influencia que actúa en las investigaciones, ha sido la necesidad de presentar el psicoanálisis delante de otras terapias en cuestiones relativas a políticas de seguros sociales públicos o privados y también frente a las políticas de salud de los diferentes países. Como todavía esto es incipiente en los países latinoamericanos, tenemos mayor libertad para investigar fuera de la influencia –cada vez mayor– de los mercados en general y de la salud y académicos en particular. No sé cuanto tiempo esto va a durar, pero por ahora es así. Un cuidado que debemos tener es mantener la atención en problemas específicos de nuestra área, sin comprar problemáticas que nos llegan de otros ambientes, considerando que, tenemos una vieja tradición de cambiar espejitos por plata. Tenemos cualidades y limitaciones que se originan en nuestra realidad social. Podemos presentarnos delante de nuestros pares de otros medios con recursos y problemáticas propios. No somos apenas un continente en crisis. Nuestra tradición literaria produjo Borges, Guimarães Rosa, García Márquez y si el psicoanálisis tiene un pie en el arte, nada impide que no seamos meros receptores de teorías, mas también, productores con originalidad. Es una tarea para todos, principalmente para la generación que está llegando. Tenemos la cualidad de la juventud y una historia por construir.

¿Cree que el psicoanálisis debe procurar tener algún tipo de inserción cultural –las llamadas interfases con disciplinas como por ejemplo la historia, filosofía, música, arte, política, literatura– en la cual el psicoanálisis intercambie con otras áreas del saber? ¿Cómo piensa que debe ser esta relación?

Creo que no existe eso de psicoanálisis y cultura. Si hacemos esa diferenciación, el psicoanálisis se torna una psicoterapia de fondo psicoanalítico, sujeto a rendirse al positivismo. Psicoanálisis es cultura, es el desenvolvimiento de una cultura personal, practicado inmerso en todo tiempo y espacio histórico donde él sucede. No sé si es tarea de los institutos cuidar de eso, tal vez sería esperar demasiado, pero es sin duda tarea del analista estar siempre formándose también en términos culturales, artísticos, políticos, etc. Somos analistas cuando los conceptos analíticos hacen parte de nuestra carne y practicamos nuestra ciencia, o nuestro arte, con la totalidad de lo que somos. Eliot decía que: “cultura es el modo total de vida de un pueblo, del nacimiento al túmulo, de la mañana a la noche y aun durante el sueño”.

Ser reconocido como psicoanalista, podríamos decir, es un evento marcado por diversos procesos que no necesariamente coinciden con el tiempo regular de la formación, o con el tiempo en que la persona misma se reconozca, se “sienta psicoanalista”. ¿Cómo fue su experiencia personal con este proceso? ¿Cuándo fue que usted “sintió que era un psicoanalista”?

Fui médico, tuve participación política en mi circunstancia personal, fui también psicoterapeuta. Hice mi formación psicoanalítica en San Pablo y soy muy participativo en la vida profesional. De hecho, paso todo el día en mi consultorio practicando el psicoanálisis, muchas horas por día y hace casi treinta y cinco años, ya que hice mi formación tempranamente. Nunca me siento seguro de lo que estoy haciendo. Durante quince años conduje seminarios

prácticamente diarios en mi consultorio además de los del Instituto. En esos seminarios girábamos siempre alrededor de la pregunta: pero, al final ¿qué es psicoanálisis? No importaba el autor en cuestión. Pienso que soy psicoanalista no por no haber encontrado la respuesta, mas porque estoy siempre pensando en el asunto e incluyo en mi vida la inseguridad. No

creo en alguien seguro de sí mismo como psicoanalista. Si ser psicoanalista es pensar el inconsciente ¿cómo sentirse seguro?. No tenemos el mismo horizonte de seguridad que una ciencia positiva puede tener. Por otro lado, ¿qué privilegio es tener una práctica que nos mantiene siempre aprendiendo! Envejecemos antes de saber.

Entrevista feita ao Dr. Leopold Nosek

Qual a sua opinião sobre o tripé da formação psicanalítica (análise didática, supervisão e seminários teóricos)? Acredita em modificações ou a necessidade de ser acrescentado algo? Nesse caso, quais seriam essas mudanças?

Num editorial que escrevi há muito tempo atrás, falava de um quadripé formativo. Mencionava a importância do clima institucional: a tradição teórica, as estruturas de poder, a ideologia reinante, etc. Se o instituto tem uma tradição positivista e psicoterápica, isto resultará muito diferente de um instituto com tradição crítica. O mesmo ocorre se o instituto tem uma tradição médica ou com abertura para outras formações em disciplinas humanísticas. Se o postulante à psicanalista puder participar amplamente da política institucional, isto resultará em uma participação muito menos infantilizante, do que se esta participação for proibida. Se também, a análise necessária à formação for independente da estrutura institucional, menos chance haverá que a regressão que ocorre na análise, migre para o convívio da sociedade. A formação num ambiente acadêmico tem um resultado muito diferente em comparação a formação num ambiente independente. Assim, a política no instituto faz parte da formação. Mas a questão não é somente institucional: o próprio ambiente cultural e social onde ocorre a formação tem influência. Um exemplo óbvio é que as políticas sociais, referente a saúde e ao ambiente acadêmico, resultam em ideologias nos institutos. Mas a questão é muito mais ampla, e merece reflexão aprofundada e permanente. Deste modo, creio que uma ampla formação crítica e cultural por parte dos que estão se formando psicanalistas é essencial.

O Senhor acredita que tornar a análise pessoal independente dos institutos de formação poderia favorecer a formação de analistas mais emancipados, criativos e críticos?

Sua pergunta já tem em si a resposta. É claro que a análise deve ser como qualquer outra. A análise é atribuição unicamente de seus participantes. Terá como resultado não a criação de alguém especial, mas simplesmente alguém um pouco melhor do que se não tivesse feito análise. Pode resultar uma maior abertura para o inconsciente, mas estou frisando a palavra “pode”, não é obrigatoriamente assim. Não somos melhores do que nenhum grupo, não criamos melhor nossos filhos, não sabemos viver melhor a vida e não temos acesso privilegiado à nada; a não ser, talvez, uma maior abertura ao fenômeno do inconsciente. A função criativa e crítica dependem além de talento, curiosidade e esforço, que inclusive teria que nos colocar interessados em outros ramos do conhecimento de humanidades. Não devemos esperar que os institutos nos forneçam tudo!

Como evitar a doutrinações teóricas nas supervisões?

Como evitar que tenhamos uma aproximação infantil com os mestres? Depende de cada um, e de seu momento. Reparem, eu retirei o foco dos supervisores e o coloquei sobre o supervisionado. O supervisor tem as suas crenças, elas já estão mais fixadas, ele tem a sua vaidade e o seu amor próprio. Tem todo o direito! Mais uma vez, não devemos esperar demasiado dos mestres. O candidato a analista faz a sua formação em outro tempo diferente daquele que ocorreu a formação de seu supervisor. Todo ambiente é outro, inclusive os temas da discussão teórica. Se espera que as gerações novas possam ir mais longe

que as gerações anteriores. Talvez fosse útil que a supervisão não se ativesse sobre um único caso, que acaba se tornando artificial pela presença constante de um terceiro na situação analítica. Talvez fosse mais interessante, que ela se detivesse sobre o pensar psicanalítico do supervisionado, e não um acompanhamento passo a passo da análise. A multiplicidade de supervisores e o debate entre eles também ajuda, mas nada substitui o sentido crítico e a presença de direitos iguais aos que estão se formando. Quando eu era estudante de medicina, os professores nos chamavam de doutores e nos tratavam como colegas.

Pensando sobre o ensino teórico, haveria uma grade curricular que poderia favorecer estas mesmas qualidades que destacamos antes?

Acredito que é útil ter uma grade curricular que possa contemplar interesses individuais, além dos cursos obrigatórios. Deve permitir despertar os interesses dos alunos e dos professores. Os institutos devem ser ágeis, para poderem se movimentar com facilidade em seus regulamentos. Cursos livres são portanto interessantes. A ampla dialética entre tradição e renovação é muito importante. Nesse sentido, o estudo dos clássicos em uma visão crítica é o que eu gosto de ver empregado. Assim, nunca é demasiado voltar e voltar a Freud. É o terreno comum que nos une, não importa se o lemos de modo tão diverso.

Que relação há entre os fundamentos freudianos com os resultados das correntes pós freudiana? Como pensa que devem ser desenvolvidos esses distintos campos da teoria na transmissão que ocorre durante a formação psicanalítica?

Claro que é interessante ter toda abertura para os pós freudianos. Aliás é impossível ler Freud puramente sem o colorido dos diferentes pensamentos que o seguiram. Podemos muito bem ter um Freud Bioniano, Kleiniano, Kohutiano etc. Não faz sentido procurar ler Freud como se toda a humanidade e a história não tivessem modificado. Não quer dizer, que toda renovação é interessante. Muito ao contrário, devemos nos deter no que torna nosso

pensamento único, e que nos define. Não é para atingirmos um consenso, mas sim, ver nossa especificidade de uma maneira crítica. Isto é, que possibilitará novas gerações chegarem aonde seus analistas e seus supervisores ainda não chegaram. Tradição e ruptura é que nos define. Não imagino um analista sem uma subversão da tradição e do que é estabelecido; assim foi na nossa origem, e assim será nosso futuro. Eu gostaria de ver analistas críticos em sua realidade específica, e em sua circunstância social. Mas este é apenas um dos desejos que vocês vão encontrar em nossas associações.

Qual o papel que o senhor atribui a produção escrita na formação psicanalítica?

Creio que é fundamental que tenhamos nossa revista de psicanálise latino americana forte. Que possa dialogar com o modelo do IJP ou do JAPA, apresentando desenvolvimentos próprios. Temos uma especificidade tal, que seria interessante ser apresentada e debatida; poderia ser inclusive produzida em uma versão em língua inglesa para acessar mais facilmente as fontes de divulgação. As revistas podem ter um modelo mais ensaístico, ou mais cientificista. Não seria de se estranhar que o modelo de escrita de Freud e tantos outros, não passem pela seleção de algumas revistas atuais de psicanálise. Não podemos ter um modelo único de escrita e aceita-lo acriticamente. Todas as sociedades tem seus veículos, podemos aprimorar uma tentativa de debate entre elas. A escrita fixa, um único estilo e uma tradição, não podem deixar esse espaço rígido; sem levar a discussão à ele. A fepal tem um papel essencial neste aspecto.

Pensa que os institutos deveriam estimular a pesquisa durante a formação? Se positivo, qual é a forma que considera mais adequada para a sua realização? Acredita que deveriam existir políticas institucionais nos institutos de formação -inclusive subsídios?

A primeira investigação poderia ser : o que é investigação em psicanálise? Não temos felizmente também aqui consenso. É claro que isto não vai depender exclusivamente da

diversidade, como se define psicanálise; mas principalmente da ideologia epistemológica do investigador. Creio que uma importante influência que atua na pesquisa tem sido a necessidade de apresentar a psicanálise diante de outras terapias, em políticas de seguro social e privado e também diante de políticas de saúde de diferentes países. Como isto é insipiente ainda nos países latino-americanos, temos uma liberdade maior de pesquisar fora da influência cada vez maior dos mercados da saúde e acadêmicos, em particular. Não sei quanto tempo isto vai durar, mas por enquanto é assim. Um cuidado que devemos ter é de manter atenção em problemas específicos em nossa área, sem comprarmos problemáticas que nos chegam de outros ambientes. Afinal, temos uma velha tradição de trocarmos espelhos por prata. Temos qualidades e limitações que se originam em nossa realidade social. Podemos nos apresentar diante de nossos pares, de outros meios, com recursos e problemáticas próprias. Não somos apenas um continente em crise. Nossa tradição literária produziu Borges, Guimarães Rosa, Garcia Marques, e se a psicanálise tem um pé nas artes, nada impede que não sejamos meros receptores de teorias; mas produtores com originalidade. É uma tarefa para todos, principalmente a geração que está chegando. Temos a qualidade da juventude e de uma história por construir.

Acredita que a psicanálise deva procurar algum tipo de inserção cultural - as chamadas interfaces das disciplinas, como por exemplo: história, filosofia, música, arte, política, literatura? E como a psicanálise pode trocar com outras áreas do saber? Como acha que deve ser esta relação?

Acredito que não há tal coisa como: “psicanálise e cultura”. Se fizermos tal diferenciação a psicanálise torna-se uma psicoterapia de fundo psicanalítico, sujeita a uma rendição ao positivismo. Psicanálise é cultura, é o desenvolvimento de uma cultura pessoal que é feita imersa em todo tempo em um espaço histó-

rico, onde ela acontece. Não sei se é tarefa dos institutos cuidar disso, talvez seria esperar muito; mas sem dúvida é tarefa do analista estar sempre se formando, inclusive em termos culturais, artísticos, políticos etc. Somos analistas quando os conceitos analíticos fazem parte de nossa carne, e praticamos nossa ciência ou nossa arte com a totalidade do que somos. Eliot dizia que a cultura é o modo de vida total de um povo, do nascimento ao túmulo, da manhã até o anoitecer e assim durante o sonho.”

Poderíamos dizer que ser reconhecido como psicanalista é um evento marcado por diversos processos que não necessariamente coincidem com o tempo regular de formação, mas com o tempo em que a pessoa se reconheça, se “sinta psicanalista”. Como foi a sua experiência pessoal nesse processo? Quando foi que você “sentiu que se tornou um psicanalista”?

Fui médico, tive participação política em minha circunstância pessoal, fui também psicoterapeuta. Fiz a minha formação analítica em São Paulo e sou muito participativo na vida profissional. De fato passo o dia em meu consultório praticando psicanálise, faço isso muitas horas por dia, e há quase trinta e cinco anos, pois iniciei minha formação bastante cedo. Nunca sinto-me seguro do que eu estou fazendo; e durante 15 anos conduzi seminários quase diários em meu consultório, além dos seminários no instituto. Nesses seminários girávamos sempre ao redor da mesma pergunta: mas, afinal o que é psicanálise? Não importava o autor em questão. Acredito que sou psicanalista por não ter encontrado uma resposta; mas sim, porque estou sempre pensando no assunto, e incluo na minha vida a insegurança. Não acredito em alguém seguro de si como psicanalista. Se ser psicanalista é pensar o inconsciente, como se sentir seguro? O horizonte da segurança de uma ciência positiva não está no nosso horizonte. Por outro lado, o que privilegio é ter uma prática que nos mantém sempre aprendendo. Envelhecemos antes de saber.

Entrevista al Dr. Carlos E. Barredo*

¿Le parece que el trípode formativo –análisis didáctico, supervisión, seminarios teóricos- sigue teniendo vigencia? ¿Pienso que debería sufrir modificaciones, o ser incrementado en algo? En ese caso ¿cuáles serían esas modificaciones?

Considero que, efectivamente, el así llamado “trípode” conserva su vigencia.

Respecto de esta afirmación, haría dos observaciones, primero: los tres puntos de apoyo del trípode no son equivalentes. La experiencia nuclear que un analista debe atravesar para formarse como tal, es la experiencia del inconciente, esto es: su propio análisis. Esto supongo que es un punto de consenso universal entre los analistas.

La currícula de estudio es siempre el reflejo de líneas teóricas y políticas dentro de una institución y de los efectos de transmisión del psicoanálisis que de esas líneas se desprenden. Este aspecto no posee el mismo grado de consenso que el anterior, sino que se abre a una gran diversidad de opiniones y criterios acerca de lo que sería conveniente o necesario que un analista estudie durante los años de su formación en seminarios.

La necesidad de supervisar apunta a que el analista en formación pueda dar cuenta de su práctica ante otro analista, el supervisor, lo que implica entonces una experiencia bajo transferencia en la que el supervisado tiene que construir, reinventar, una relación propia con el psicoanálisis.

La segunda observación apunta a señalar que las disímiles patas del trípode se apoyan siempre y necesariamente sobre una base: el lazo institucional que les da sustento.

En este sentido pienso que lo que puede ser incrementado o favorecido es la experiencia que los colegas en formación hacen, de esos lazos que ordenan la vida de las insti-

tuciones en que se forman. Por lo que he podido apreciar, los colegas que participan de los claustros y organizaciones de candidatos, transitan el período de su formación construyendo un lazo con su institución que tiende a favorecer su ulterior integración como miembros activos de manera más motivada y entusiasta, cumpliendo los requisitos formativos en tiempos razonables.

En cuanto a si debería sufrir modificaciones el trípode, creo más bien que habría que poder considerar, tomar en cuenta, la multiplicidad de formas que efectivamente adopta en la práctica actual de las diversas Sociedades componentes de la A.P.I., en las distintas regiones.

Esto implica desprenderse de la idea de que hay un modelo único, un formato absoluto y unívoco para formarse como analista, y poder entonces apreciar como riqueza, y no como distorsiones, la diversidad de versiones que nos muestra el presente de nuestras instituciones. Es un camino que la A.P.I. ha emprendido con esfuerzo y coraje, culminando en la gestión de Claudio Eizirik con el reconocimiento de tres modelos formativos: Eitingon, francés y uruguayo. Este ha sido un primer paso que en el futuro habrá que profundizar.

¿Cree que independizar el análisis personal de los institutos de formación podría favorecer la formación de analistas más emancipados, creativos y críticos?

Que los analistas sean: “emancipados, creativos y críticos”, describe una condición ideal a la que como tal se tiende desde cualquier contexto institucional que sirva como punto de partida para la formación. Sabemos, sin embargo, que existe una brecha irreductible entre aquello que acontece

en el transcurrir de un análisis y las necesidades que emergen de los efectos de grupo, de masa artificial en sentido freudiano, de cualquier organización. Esto se produce como efecto de estructura en toda institución, poniendo en tensión los polos de la brecha mencionada. Tensión que hay que poder sostener y hacer trabajar, sin intentar ocluir la brecha que la condiciona con soluciones basadas en modelos ideales.

Se tratará de inventar, para cada situación particular, mecanismos destinados a preservar los análisis de los efectos de grupo que puedan afectarlos, sin perder de vista la limitación estructural antes mencionada. Las políticas de “formaciones cruzadas” entre Sociedades componentes han sido uno de los mecanismos propuestos, en estos últimos años, que puede arrojar resultados satisfactorios en circunstancias determinadas. Aún así, cabe plantearse la pregunta acerca de los efectos, la incidencia que tendría sobre los lazos institucionales que estructuran una Sociedad el hecho de que las transferencias de sus integrantes se dirijan hacia fuera de esos lazos.

¿Cómo se puede evitar el adoctrinamiento teórico en las supervisiones?

Partiendo de la base de que si hay algo que no debe ser una supervisión, es justamente un espacio de adoctrinamiento, creo que se pueden idear distintos dispositivos para preservar la tarea de supervisión en su riqueza y especificidad.

Ejemplo de eso, son los talleres de supervisores, donde estos pueden dar cuenta de la tarea que realizan, al tiempo que trabajan en conjunto sobre los obstáculos que encuentran en su cometido. Talleres que funcionan, a la vez, como espacios de formación continua, que toda institución debe promover entre sus miembros, más aún entre aquellos que tienen responsabilidades formativas.

Si no me equivoco, algo así funciona actualmente en la A.P. del Uruguay.

A nivel de la enseñanza teórica ¿habría una malla curricular que considera que

podría favorecer estas mismas cualidades que destacáramos antes?

Creo que no existe ninguna currícula ideal destinada a obtener resultados precisos y unívocos. Cada institución debe construir la malla que mejor refleje sus corrientes internas y sus criterios sobre las maneras de transmitir el psicoanálisis.

Personalmente prefiero una currícula centrada inicialmente sobre los fundamentos freudianos, que luego se abra a todas las opciones que la institución pueda ofrecer para que los colegas en formación puedan elegir según sus intereses, preferencias, inclinaciones, etc.

¿Qué relación piensa que deben guardar entre sí los fundamentos freudianos con los hallazgos de las corrientes postfreudianas en este marco? ¿Cómo piensa que deben ser ordenados esos distintos campos de la teoría en la transmisión que se da durante la formación analítica?

El trabajo en seminarios de los textos freudianos, ha de tener como objetivo que los colegas en formación vayan construyendo una estrategia de lectura que les permita apropiarse de las nociones que esos textos encierran, integrando a la vez efectos de su experiencia del inconciente, por el hecho de estar atravesando un análisis, y también las consecuencias que se desprendan de su práctica como analistas.

Este proceso de construcción de una lectura singular, se da como resultado de articulaciones entre su competencia previa como lectores y las nuevas experiencias con que su formación los confronta, y debe ser protegido de los efectos de grupo que tienden a promover versiones oficiales que, estrechando los márgenes de lectura hacen de obstáculo a la transmisión.

Hay que recordar que estos obstáculos son de estructura en las organizaciones y que parte de la formación de los analistas consiste en desarrollar y sostener un espíritu crítico que permita contrarrestar presiones del contexto en que su formación transcurre.

La enseñanza de las distintas corrientes post-freudianas debe ser integrada a este proceso. Las formas en las que esto se ordena, provienen siempre, como antes dije, de la relación de fuerzas entre esas corrientes en cada institución.

No pienso que haya un orden ideal, universal, que pueda favorecer esta tarea. Será función de cada analista, en el contexto en el que le toque formarse, construir y preservar una estrategia de apropiación de los saberes que vayan moldeando su modo singular de devenir analista.

¿Qué papel le atribuye a la producción escrita en la formación psicoanalítica?

Es necesario contribuir desde las instituciones a favorecer el desarrollo de la escritura en los analistas en formación. Tanto para la producción de relatos de la clínica que les permitan dar testimonio de su práctica, como para poder poner por escrito sus concepciones teóricas en cada momento de su labor de apropiación de la literatura analítica.

Esto se logra promoviendo la confección de informes escritos de supervisión y de escritos que den cuenta de la tarea de seminarios.

Los talleres de escritura que existen en las instituciones, también favorecen esa posibilidad. Así como la presentación del producto de esas tareas en grupos de pares, jornadas, simposios, congresos, etc.

Es sin duda un aspecto relevante para la formación profesional de un analista.

¿Piensa que los institutos deberían estimular la investigación durante la formación? Si es así, ¿cuál es la forma que considera más adecuada para realizar eso? ¿Cree que deberían existir políticas institucionales en los institutos de formación –incluso a nivel de subsidios– en este sentido?

Freud afirma que el psicoanálisis es a la vez una forma de tratamiento, un cuerpo de teorías y un método de investigación.

Creo que los institutos, en tanto su función es formar analistas, tienen que ceñirse a este aspecto de la investigación inherente a la tarea de un analista.

Las otras formas de concebir la investigación, los comités que las promueven, las políticas que las ordenan, los subsidios que distribuyen para sustentarlas, etc., configuran ámbitos lícitos en que los analistas en formación pueden encontrar y desplegar intereses científicos o personales, durante los años de su formación, antes o después de ellos.

¿Cree que el psicoanálisis debe procurar tener algún tipo de inserción cultural –las llamadas interfases con disciplinas como por ejemplo la historia, filosofía, música, arte, política, literatura– en la cual el psicoanálisis intercambie con otras áreas del saber? ¿Cómo piensa que debe ser esta relación?

El psicoanálisis, desde su origen en Freud, nace y crece inserto en una cultura determinada, como parte de ella, en relación con todas sus manifestaciones, nutriéndose con ella y enriqueciéndola, a su vez, con las concepciones que fue desarrollando.

La noción de inconciente, sin ir más lejos, ha provocado replanteos en todos los campos mencionados.

Creo que esa relación debe ser constantemente ampliada y profundizada, para enriquecimiento del psicoanálisis y de la cultura en que está inserto.

Una de las respuestas al enigma que representa para los extranjeros, y no sólo para ellos, la extraordinaria difusión del psicoanálisis en Buenos Aires, proviene del hecho que desde su inicio se insertó en el movimiento cultural en intercambio permanente con otras disciplinas, sin quedar reducido a uno de sus aspectos: ser una forma de cura de enfermedades mentales.

Ser reconocido como psicoanalista, podríamos decir, es un evento marcado por diversos procesos que no necesariamente coinciden con el tiempo regular de la formación, o con el tiempo en que la persona misma se reconozca, se “sienta psicoanalista”. ¿Cómo fue su experiencia personal con este proceso? ¿Cuándo fue que usted “sintió que era un psicoanalista”?

Devenir analista es un proceso complejo y extenso. Posee, para cada quien, mojonos, marcas, puntos significativos que jalonan ese recorrido, haciendo posible momentos de conclusión en que cada analista se autoriza como tal.

En mi experiencia personal, recortaría dos matices.

Primero: la paulatina comprensión de la absoluta especificidad de la praxis analítica, que implicó entender, no sin dolor, que debía dejar de lado, porque ya no creía en ellos, aspectos de mi formación (la medicina, mi residencia en psiquiatría) que habían sido muy valorados en su tiempo.

Este proceso de duelo por otras identidades posibles, las identificaciones que las sustentan, las expectativas que generan, etc., creo que de una u otra manera se da en todo aquel que deviene analista.

Segundo: mi análisis, la experiencia de los cambios que produjo en mi vida y la forma que encontré para concluirlo, gracias a lo que mi analista hizo posible.

Eso tuvo como efecto que dejara de esperar de la transferencia y me centrara en mi experiencia como analista y a valorar el compartirla con mis pares.

Desde entonces, ya antes incluso, los grupos de trabajo con pares han constituido un ámbito privilegiado para sostener mi práctica y renovar constantemente mi autorización como analista.

Por ello pienso que promover y preservar esos espacios de formación permanente que nos permiten, cada vez, sostener nuestra “imposible” posición como analistas, es una de las funciones principales e indelegables de nuestras instituciones.

Entrevista feita ao Dr. Carlos E. Barredo*

O senhor acha que o tripé formativo –análise didática, supervisão, seminários teóricos– continua tendo vigência? Acha que deveria sofrer modificações ou se deveria incrementar algo? Nesse caso, quais seriam as modificações?

Considero que, efetivamente, o chamado “tripé” conserva sua vigência.

A respeito desta afirmação farei duas observações, primeiro: os três pontos de apoio do tripé não são equivalentes. A experiência nuclear pelo qual um analista deve passar para se formar é a experiência do inconsciente, isto é, a sua própria análise. Acho que isto é um ponto de consenso universal entre os analistas.

O plano de estudo é sempre o reflexo de linhas teóricas e políticas dentro de uma instituição e dos efeitos de transmissão da psicanálise que dessas linhas se desprendem. Este aspecto não possui o mesmo grau de consenso que o anterior, senão que se abre a uma grande diversidade de opiniões e critérios sobre o que seria conveniente ou necessário que um analista estudasse durante os anos de sua formação em seminários.

A necessidade de supervisionar pretende que o analista em formação possa dar conta de sua prática ante outro analista, o supervisor, o que implica, então, uma experiência sob transferência, na qual o supervisionado tem que construir, reinventar sua própria relação com a psicanálise.

A segunda observação pretende mostrar que os diferentes pés do tripé se apóiam sempre e necessariamente sobre uma base: o laço institucional que lhe sustenta.

Neste sentido, acredito que o que pode ser incrementado ou favorecido é a experiência que os colegas em formação fazem

desse laço que põe em ordem a vida das instituições onde se formam. Pelo que pude constatar os colegas que participam das bancas examinadoras e das organizações de candidatos, transitam o período de sua formação construindo um laço com sua instituição, que tende a favorecer sua ulterior integração como membros ativos de maneira mais motivada e entusiasta, cumprindo com os requisitos formativos em tempos razoáveis.

Então, aquilo que deveria sofrer modificações no tripé, também o que teria ser considerado e levado em conta, é a multiplicidade de forma que efetivamente são adotadas na prática atual pelas diversas sociedades que fazem parte da A.P.I., nas diferentes regiões.

Isto implica desprender-se da idéia de que existe um modelo único, um formato absoluto e unívoco para se formar como analista, e poder, então, apreciar como valioso e não como distorção a diversidade de versões que nos apresentam, atualmente, as nossas instituições. É um caminho que a A.P.I. empreendeu com esforço e coragem, culminando com a gestão de Claudio Eizirik com o reconhecimento de três modelos formativos: Eitingon, francês e uruguaio. Este foi um primeiro passo que deve ser aprofundado futuramente.

O senhor acha que independizar a análise pessoal dos institutos de formação poderia favorecer a formação de analistas mais emancipados, mais criativos e mais críticos?

Que os analistas sejam “emancipados, criativos e críticos” demonstra uma condição ideal a qual é pretendida por todo e qualquer contexto institucional que sirva

como ponto de partida para a formação. Entretanto, sabemos que existe uma brecha irreduzível entre aquilo que acontece no decorrer de uma análise e as necessidades que emergem dos efeitos de grupo, da massa artificial no sentido freudiano, de qualquer organização. Isto se produz como efeito da estrutura em toda instituição, pondo em tensão os pólos da brecha mencionada. Tensão que deve ser sustentada e trabalhada com soluções baseadas em modelos ideais, sem tentar obstruir a brecha que a condiciona.

Tratar-se-á de inventar, para cada situação particular, mecanismos destinados a preservar as análises dos efeitos do grupo que possam afetá-los, sem perder de vista a limitação estrutural mencionada anteriormente.

As políticas de “formações cruzadas” entre sociedades componentes, nestes últimos anos, foram um dos mecanismos propostos que pode apresentar resultados satisfatórios em determinadas circunstâncias. Mesmo assim, cabe formular-se a pergunta sobre os efeitos, a incidência que teria sobre os laços institucionais que estruturam uma sociedade, o fato de que as transferências de seus integrantes se direcionem para fora desses laços.

Como se pode evitar o doutrinamento teórico nas supervisões?

Partindo da base do que não deve ser uma supervisão, é justamente um espaço de doutrinamento, acho que se podem idealizar diferentes dispositivos para preservar a tarefa de supervisão em sua riqueza e especificidade.

Exemplo disso são as oficinas de supervisores, onde eles podem dar conta da tarefa que realizam e ao mesmo tempo em que trabalham conjuntamente sobre os obstáculos que encontram neste âmbito. Oficinas que funcionam como espaço de formação contínua, que toda instituição deve promover entre seus membros, principalmente entre àqueles que têm responsabilidades formativas.

Se não estou enganado, algo parecido existe atualmente na A.P. do Uruguai.

Em nível do ensino teórico haveria uma malha curricular que poderia favorecer as mesmas qualidades destacadas anteriormente?

Acho que não existe nenhum plano de estudos ideal destinado a obter resultados precisos e unívocos. Cada instituição deve construir a malha que melhor reflita suas correntes internas e seus critérios sobre as maneiras de transmitir a psicanálise.

Pessoalmente prefiro um plano centrado inicialmente sobre os fundamentos freudianos, que depois se abra para todas as opções que a instituição possa oferecer para que os colegas em formação possam escolher de acordo com seus interesses, preferências, inclinações, etc.

Neste marco, que relação deve guardar entre si os fundamentos freudianos com os descobrimentos das correntes pós-freudianas? Como devem ser ordenados esses campos diferentes da teoria na transmissão que acontece durante a formação analítica?

O trabalho em seminários dos textos freudianos deve ter como objetivo que os colegas em formação construam uma estratégia de leitura que lhes permita apropriar-se das noções que esses textos encerram e, ao mesmo tempo, integrando os efeitos de sua experiência do inconsciente, pelo fato de estar passando por uma análise como também as conseqüências que se desprendem de sua prática como analistas.

Este processo de construção de uma leitura singular é o resultado de articulações entre sua competência prévia, como leitores, e as novas experiências em que se deparam na sua formação e, deve ser protegido dos efeitos do grupo que tendem a promover versões oficiais que, estreitando as margens de leitura, obstaculizam a transmissão.

É bom lembrar que estes obstáculos são de estrutura nas organizações e que parte da formação dos analistas consiste em desenvolver e sustentar um espírito crítico, que

permita resistir às pressões do contexto onde ocorre a sua formação.

O ensino das diferentes correntes pós-freudianas deve ser integrado a este processo. As formas em que isto é ordenado provêm sempre, como comentei antes, da relação de forças entre essas correntes em cada instituição.

Acho que não existe uma ordem ideal, universal que possa favorecer esta tarefa. Será função de cada analista, no contexto onde ele deve se formar, construir e preservar uma estratégia de apropriação dos saberes, que vão moldando seu modo singular do devenir analista.

Que papel o senhor atribui à produção escrita na formação psicanalítica?

É necessário que as instituições contribuam para favorecer o desenvolvimento da escritura nos analistas em formação. Tanto para a produção dos relatos de clínica, que lhes permitam dar depoimento de sua prática, como para poder colocar no papel suas concepções teóricas em cada momento de seu trabalho de apropriação da literatura analítica.

Isto se consegue promovendo a elaboração de relatórios escritos de supervisão e escritura sobre os seminários.

As oficinas de escritura que existem nas instituições também favorecem essa possibilidade, assim como a apresentação do resultado dessas tarefas em grupos, colegas, jornadas, simpósios, congressos, etc.

Sem dúvida, isto é um aspecto relevante para a formação profissional de um analista.

O senhor acha que os institutos deveriam incentivar à investigação durante a formação? Se for assim, qual é a forma considerada mais adequada? Neste sentido, acha que deveriam existir políticas institucionais nos institutos de formação – inclusive em nível de subsídios?

Freud afirma que a psicanálise é, ao mesmo tempo, uma forma de tratamento, um corpo de teorias e um método de investigação. Acho que os institutos, como sua função é formar analistas, devem considerar este

aspecto da investigação como inerente à tarefa de um analista.

As outras formas de organizar a investigação, os comitês que as promovem, as políticas, os subsídios distribuídos para sustentá-las, etc. conformam âmbitos lícitos em que os analistas em formação podem dispor e desenvolver interesses científicos ou pessoais, durante os anos de sua formação, antes ou depois deles.

O senhor acha que a psicanálise deve ter algum tipo de inserção cultural – as chamadas interfases com disciplinas como, por exemplo, a história, filosofia, música, arte, política, literatura - na qual há um intercâmbio da psicanálise com as outras áreas do saber? Como deve ser esta relação?

A psicanálise, a partir de sua origem com Freud, nasce e cresce inserta em uma determinada cultura, como parte dela, em relação com todas suas manifestações, nutrindo-se com ela e enriquecendo-a, ao mesmo tempo, com as concepções que foi desenvolvendo.

Sem ir mais longe, a noção de inconsciente provocou novos lineamentos em todos os campos mencionados.

Acho que essa relação deve ser constantemente ampliada e aprofundada para enriquecer a psicanálise e a cultura em que está inserida.

Uma das respostas ao enigma que representa para os estrangeiros, e não só para eles, a extraordinária difusão da psicanálise em Buenos Aires provém do fato que, desde o início, se inseriu ao movimento cultural, em permanente intercâmbio com outras disciplinas, sem ater-se a um de seus aspectos: uma forma de cura de doenças mentais.

Poderíamos dizer que ser reconhecido como psicanalista é um acontecimento marcado por diversos processos que não necessariamente coincidem com o tempo regular da formação, ou com o tempo em que a pessoa mesma se reconheça e se “sinta” psicanalista. Como foi sua experiência pessoal? Quando foi que o senhor “sentiu” que era um psicanalista?

O devenir analista é um processo complexo e extenso. Possui, para cada um, marcas, marco divisório, pontos significativos que são atraídos por esse caminho, tornando possíveis momentos de conclusão em que cada analista se sintá como tal.

Em minha experiência pessoal destacaria dois itens.

Primeiro: a paulatina compreensão da absoluta especificidade da práxis analítica, que implicou entender, não sem dor, que devia deixar de lado, porque já não acreditava neles, aspectos de minha formação (a medicina, minha residência em psiquiatria) que foi muito valorizado naquela época.

Este processo de luto por outras possíveis identidades, as identificações que as sustentam, as expectativas que geram etc., acho que, de uma ou outra maneira, se dá em todo devenir analista.

Segundo: minha análise, a experiência das mudanças que ocasionou na minha vida e a forma que encontrei para terminá-la foi graças ao que meu analista fez.

O efeito disso foi que deixei de esperar da transferência e me centrase na minha experiência como analista e a valorizar e compartilhar com meus colegas.

A partir de então, já antes inclusive, os grupos de trabalho com colegas constituiu um âmbito privilegiado para sustentar minha prática e renovar, constantemente, minha autorização como analista.

Por isso, acho que promover e preservar esses espaços de formação permanente que cada vez nos oferecem, sustentar nossa “impossível” posição como analistas é uma das principais e indelegáveis funções das nossas instituições.

Entrevista al Dr. Marcelo Viñar*

¿Le parece que el trípode formativo –análisis didáctico, supervisión, seminarios teóricos– sigue teniendo vigencia? ¿Pienso que debería sufrir modificaciones o ser incrementado en algo? En ese caso ¿cuáles serían las modificaciones?

Vigencia, sin ninguna duda. Modificaciones, tal vez el mínimo formal de tiempo de supervisión (horas y extensión temporal) debiera ser incrementado. El mínimo de 100 horas o dos años reglamentariamente vigente pocas veces se cumple y cuando se hace no suele ser por buenas y legítimas razones. La supervisión es un territorio privilegiado de transmisión, heredera de la vieja tradición del “compagnonage”, donde los veteranos transmitían a los noveles los gajes de un oficio. El tiempo en que esto se logra suele ser mayor a dos años, poder formular y comunicar verbalmente lo que ocurre en un campo analítico, no es el “acta” de lo dicho, sino la transmisión de un clima emocional, con palabras, silencios, gestos y tonos de voz, en una artesanía que se logra poco a poco y ayuda al analista en formación a tomar una distancia discriminativa de las pasiones transferenciales en que los pacientes buscan implicarnos. Una meta de la supervisión –fácil de enunciar, difícil de cumplir– es que mientras la yunta siga trabajando el analizando de muestras de un cambio psíquico, lo que no es sinónimo de mejoría clínica. El ideal de la supervisión sería hacerlas sucesivas y no simultáneas pero esto tiene la contra de que el candidato va envejeciendo y termina su formación ya entrado en años.

¿Cree que independizar el análisis personal de los institutos de formación podría favorecer la formación de analistas más emancipados, creativos y críticos?

Ese paso fue revolucionario y debe ser preservado y sus traiciones sancionadas. El predicado de la segunda parte (más creativo y crítico) no deriva del postulado inicial.

¿Cómo se puede evitar el adoctrinamiento teórico en las supervisiones?

Los males nunca se pueden evitar, somos eternos pecadores. En nuestra institución los supervisores, más allá de su instancia personal con el candidato, se reúnen mensualmente como grupo. Una de las razones de ser de estas reuniones es compartir experiencias, habilitar críticas recíprocas y en el mejor de los casos ver –en el aporte de los demás– cuales son nuestros puntos ciegos. Este ideal de funcionamiento está para limitar la vanidad y el narcisismo que nos caracteriza, a veces con exceso; aunque también el filo fecundo de la crítica recíproca, se vuelve un chuchillo romo de uso cosmético. La dinámica grupal alterna entre momentos burocráticos y otros fecundos y su poder creativo puede renacer desde las cenizas. Es mi augurio para OCAI porque el adoctrinamiento es una enfermedad antifreudiana que mata al psicoanálisis. Como se trata de una formación de adultos y la supervisión no es un espacio de “regresión”, es responsabilidad también del candidato de rebelarse si piensa que lo inductan. Yo suelo proponer o estipular un período de prueba, de ensayo durante unos meses, en que tanto supervisor como supervisando tienen la opción de proseguir o de interrumpir según como sea percibida la calidad del intercambio.

A nivel de la enseñanza teórica ¿habría una malla curricular que considera que podría favorecer estas mismas cualidades que destacáramos antes?

No sé a qué se refiere la malla curricular de la enseñanza teórica. Me parece que el hilado o tejido del aprendizaje lo teje cada uno y que los itinerarios son muy diversos. Bleger decía que alguien aprende no porque otro enseña, sino porque uno mismo quiere y puede hacerlo. Yo sé que mis itinerarios fueron o son personales y distintos a los de mis compañeros.

¿Qué relación piensa que deben guardar entre sí los fundamentos freudianos con los hallazgos de las corrientes postfreudianas en este marco? ¿Cómo piensa que deben ser ordenados esos distintos campos de la teoría en la transmisión que se da durante la formación analítica?

Es la pregunta del millón. Propongo un sinónimo equivalente: ¿cómo hace usted para comerse en tres días todas las existencias del supermercado? Ante el imposible de una respuesta enciclopédica universalista, creo que todos hacemos como el gorrión, el pajarito que salta de un lugar a otro buscando semillas o lombrices y se alimenta como puede. En una segunda vuelta vemos qué lecturas nos marcaron y dejaron mayor huella. La elección de referentes teóricos es un largo y difícil itinerario que a veces se hace con lucidez y otras por sugestión e hipnosis por parte del entorno. La conquista de un camino personal, de autonomía, además de estar marcado por características personales y del entorno, siempre anuda inteligencias y pasiones, que ningún dogmatismo ni ningún ecumenismo van a resolver. Ojalá seamos lúcidos para fundamentar y argumentar nuestras diferencias. Ahí reside el progreso.

¿Qué papel le atribuye a la producción escrita en la formación psicoanalítica?

Después de la experiencia de supervisión la escritura es el ámbito privilegiado para tercerizar y lograr una distancia adecuada de la simbiosis transferencia. Uno escribe para alguien –un tercero real o ficticio– que es un destinatario para quien nos obligamos a decir algo comprensible. Al hablarle y procurar convencerlo, nos hablamos, con lo que

escribir es un boomerang cuyo primer destinatario y beneficiario somos nosotros mismos, que salimos transformados por la experiencia de escritura. El ya sé o ya entendí, que creemos poseer, se complica cuando tratamos de ponerlo en el papel. Esta experiencia universal es particularmente relevante en nuestro campo de trabajo.

¿Piensa que los institutos deberían estimular la investigación durante la formación? Si es así, ¿cuál es la forma que considera más adecuada para realizar eso? ¿Cree que deberían existir políticas institucionales en los institutos de formación –incluso a nivel de subsidios– en este sentido?

No voy a contestar esta pregunta porque el término investigación en Psicoanálisis promueve disonancias y desacuerdos cuya dilucidación merece un libro. En todo caso, yo tengo un desacuerdo radical con la muy anglosajona concepción y uso del término, que en muchos aspectos me parece antifreudiana. Pero estoy muy viejo para jugar al niño malo y revoltoso de la hegemonía oficial.

¿Cree que el psicoanálisis debe procurar tener algún tipo de inserción cultural –llamadas interfases con disciplinas como por ejemplo la historia, filosofía, música, arte, política, literatura–, en la cual el psicoanálisis intercambie con otras áreas del saber? ¿Cómo piensa que debe ser esta relación?

La pregunta 7 era tierra extranjera, ésta es mi querencia, mi “heimat”. Vallabrega decía que el psicoanálisis era una segunda vocación, que el inconciente es “la otra escena”. Para entreverla es menester tener una primera escena sólidamente construida, lo que implica también - entre otras cosas- un oficio de médico, psicólogo, antropólogo, neurobiólogo, historiador, abogado, lo que fuere. Eso nos protege de atribuir todo lo que ocurre a la causalidad inconciente y la fantasía. La manera en que cada uno anuda o articula primera y segunda vocación, es diverso y múltiple, es una búsqueda personal que cada quien se debe. Pero tengan

cuidado con quienes son psicoanalistas de 8 a 22 horas, a veces también el sábado y se vuelven adictos del diván y del sillón. Tengan por seguro que son malos psicoanalistas. Hay adicciones más disfrutables y menos tóxicas.

Ser reconocido como psicoanalista, podríamos decir, es un evento marcado por diversos procesos que no necesariamente coinciden con el tiempo regular de la formación, o con el tiempo en que la persona misma se reconozca, se “sienta psicoanalista”. ¿Cómo fue su experiencia personal con este proceso? ¿Cuándo fue que usted “sintió que era un psicoanalista”?

Yo me sentí psicoanalista mucho tiempo antes de serlo, cuando en la pubertad empecé a sentir una curiosidad irresistible al por qué la gente lloraba, reía, se amaba o se peleaba; y esas escenas del mundo

cotidiano me parecían poco nítidas y me atraían y me movieron a dejar de lado otras atracciones vocacionales como las ciencias agronómicas, las matemáticas, porque esta curiosidad por la intimidad de lo humano terminó prevaleciendo.

Luego me sentí psicoanalista cuando los sueños en el diván me descubrían aspectos de mí que yo no conocía y el sentimiento extremo de querer seguir explorando, en vez de la más razonable tentativa de huir.

Por fin me sentí psicoanalista cuando en supervisión con José Bleger éste me indujo a pensar con mi cabeza, en vez de indoctrinarme con la interpretación correcta y oportuna, que era el camino que yo sentía prevalente en mis supervisores precedentes.

Entrevista feita ao Dr. Marcelo Viñar*

O senhor acha que o tripé formativo –análise didática, supervisão, seminários teóricos– continua tendo vigência? Acha que deveria sofrer modificações ou se deveria incrementar algo? Nesse caso, quais seriam as modificações?

Vigência, sem dúvida nenhuma. Modificações, talvez o mínimo de tempo formal de supervisão (horas e extensão temporal) deveria ser incrementado. O mínimo de 100 horas ou dois anos regulamentariamente vigente, poucas vezes é cumprido e, quando é, não é por boas ou legítimas razões. A supervisão é um território privilegiado de transmissão, herança da velha tradição do “compagnonage”, onde os veteranos transmitiam aos novéis os ossos de um ofício. Pode levar mais de dois anos para se conseguir isto, poder formular e comunicar verbalmente o que ocorre em um campo analítico não é simplesmente a “ata” do que foi dito, senão a transmissão de um clima emocional através de palavras, silêncios, gestos e tons de voz, um trabalho artesanal que se consegue pouco a pouco, e ajuda ao analista em formação tomar uma distância discriminativa das paixões transferenciais, nas quais os pacientes procuram nos envolver. Uma meta da supervisão – fácil de enunciar, difícil de cumprir - é que a comissão continue trabalhando na análise de amostras de uma mudança psíquica, o que não significa sinônimo de melhora clínica. O ideal seria fazer a supervisão de forma sucessiva e não simultânea, mas existe o inconveniente de que o candidato vai envelhecendo e termina sua formação já com certa idade.

O senhor acha que independizar a análise pessoal dos institutos de formação po-

deria favorecer a formação de analistas mais emancipados, mais criativos e mais críticos?

Esse passo foi revolucionário e deve ser preservado e suas traições sancionadas. O predicado da segunda parte (mais criativo e mais crítico) não deriva do postulado inicial.

Como se pode evitar o doutrinamento teórico nas supervisões?

Os males nunca podem ser evitados, somos eternos pecadores. Na nossa instituição os supervisores, além da sua instância pessoal com o candidato, se reúnem mensalmente como grupo. Uma das razões destas reuniões é compartilhar experiências, aceitar críticas recíprocas e, no melhor dos casos, ver –no aporte dos demais– quais são os nossos pontos cegos. A meta disto é limitar a vaidade e o narcisismo que nos caracteriza, às vezes, em excesso; embora o fio fecundo da crítica recíproca se transforme em uma faca sem ponta para mascarar. A dinâmica grupal é alternada entre momentos burocráticos e outros fecundos, e seu poder criativo pode renascer das cinzas. É meu augúrio para a OCAL porque o doutrinamento é uma doença anti-freudiana que mata a psicanálise. Como se trata de uma formação de adultos e a supervisão não é um espaço de “regressão”, é responsabilidade também do candidato de se rebelar se achar que o estão indoutrinando. Eu costumo propor ou estipular um período de prova, de ensaio durante alguns meses, onde tanto o supervisor como o supervisando tem a opção de prosseguir ou interromper dependendo da qualidade do intercâmbio.

No nível do ensino teórico haveria uma malha curricular que poderia favorecer as mesmas qualidades destacadas anteriormente?

Não sei a que se refere a malha curricular do ensino teórico. Acho que a trama da aprendizagem é tecida por cada um e os rumos são muito diferentes. Bleger dizia que alguém aprende não porque o outro ensina, mas porque a gente quer e pode fazê-lo. Eu sei que meus rumos foram ou são pessoais e diferentes aos dos meus colegas.

Neste marco, que relação deve guardar entre si os fundamentos freudianos com os descobrimentos das correntes pós-freudianas? Como devem ser ordenados esses campos diferentes da teoria na transmissão que acontece durante a formação analítica?

Esta é a pergunta mais valiosa. Proponho um sinônimo equivalente: como você faz para comer tudo o que existe em um supermercado em três dias? Ante o impossível de uma resposta enciclopédica universalista, acho que todos nós fazemos como o pardal, o passarinho que salta de um lugar para outro procurando sementes ou minhocas e se alimenta como pode. Em um segundo momento vemos que leituras nos marcaram e deixaram maior vestígio. A escolha de referentes teóricos é um longo e difícil caminho que, às vezes, é feito com lucidez, outras vezes por sugestão e hipnose por causa do entorno. A conquista de um caminho pessoal, de autonomia, além de estar marcado por características pessoais e pelo entorno, sempre une inteligências e paixões, que nenhum dogmatismo e nem nenhum ecumenismo podem resolver. Tomara que sejamos lúcidos para fundamentar e argumentar nossas diferenças. É aí onde se encontra o progresso.

Que papel o senhor atribui à produção escrita na formação psicanalítica?

Depois da experiência de supervisão, a escritura é o âmbito privilegiado para terceirizar e obter uma distância adequada da simbiose de transferência. Escrevemos

para alguém – um terceiro real ou fictício – um destinatário para quem nos obrigamos a dizer algo compreensível. Ao falar e tentar convencê-lo, falamos para nós mesmos, escrever é como um bumerangue, cujo primeiro destinatário e beneficiário somos nós, que saímos transformados pela experiência da escritura. Quando se afirma, já sei ou já entendi, achando que estamos certos, tudo se complica quando tratamos de pôr no papel. Esta experiência universal é particularmente relevante no nosso campo de trabalho.

O senhor acha que os institutos deveriam incentivar a investigação durante a formação? Se for assim, qual é a forma considerada a mais adequada para realizar isso? Neste sentido, acha que deveriam existir políticas institucionais nos institutos de formação - inclusive em nível de subsídios?

Não vou responder esta pergunta porque o termo investigação em psicanálise gera dissonâncias e desacordos, cuja dilucidação merece um livro. Em todo caso, eu discordo radicalmente com a concepção anglo-saxônica e uso do termo que, em muitos aspectos, acho anti-freudiana. Mas já estou muito idoso para ser o menino malvado e revoltado com a hegemonia oficial.

O senhor acha que a psicanálise deve ter algum tipo de inserção cultural – as chamadas interfases com disciplinas como, por exemplo, a história, filosofia, música, arte, política, literatura- na qual há um intercâmbio da psicanálise com as outras áreas do saber? Como deve ser esta relação?

A pergunta nº 7 não era meu chão, esta sim é minha “heimat”. Vallabrega dizia que a psicanálise era uma segunda vocação, que o inconsciente é “a outra cena”. Para entrevistá-la é necessário ter uma primeira cena solidamente construída, o que implica também –entre outras coisas– um ofício de médico, psicólogo, antropólogo, neurobiologista, historiador, advogado, seja lá o que for. Isso nos protege de atribuir tudo o que ocorre à causalidade

inconsciente e à fantasia. A maneira em que cada um une ou articula a primeira e segunda vocação é diversa e múltipla, é uma procura pessoal de cada um. Porém, tenham cuidado com quem é psicanalista das 8 às 22 horas, às vezes, também aos sábados, e passam a ser adictos do divã e da poltrona. Tenham certeza que são maus psicanalistas. Há adições melhores e menos tóxicas.

Poderíamos dizer que ser reconhecido como psicanalista é um acontecimento marcado por diversos processos que não necessariamente coincidem com o tempo regular da formação, ou com o tempo em que a pessoa mesma se reconheça e se “sinta” psicanalista. Como foi sua experiência pessoal? Quando foi que o senhor “sentiu” que era um psicanalista?

Eu me senti psicanalista muito tempo antes de sê-lo, quando na puberdade comecei a

sentir uma curiosidade irresistível e queria saber por que as pessoas choravam, riam, se amavam ou brigavam; eu achava pouco nítida essas cenas do mundo cotidiano e me sentia atraído, elas me fizeram deixar de lado outras atrações vocacionais como a ciência agrônoma, a matemática, e terminou prevalecendo esta curiosidade pela intimidade humana.

Mais tarde me senti psicanalista quando os sonhos no divã descobriam aspectos de mim que eu não conhecia e o sentimento extremo de querer continuar explorando, em vez da mais razoável tentativa de fugir. Finalmente, me senti psicanalista quando, em uma supervisão com José Bleger, ele me induziu a pensar com minha cabeça, em vez de me “indoutrinar” com a interpretação correta e oportuna, que era o caminho que eu sentia que prevalecia nos meus supervisores anteriores.

Revista de Psicoanálisis
OCAL, Organización de Candidatos de América Latina

© de los textos, los autores

© de la edición, OCAL, Organización de Candidatos de América Latina

Traducción

Sirlei Reginatto

Diseño Gráfico

María Landívar

Impresión

Bibliográfika

*Se terminó de imprimir en septiembre de 2010,
en la ciudad de Buenos Aires
250 ejemplares*