

CONTRATRANSFERENCIA, SUBJETIVIDAD Y DESEO DEL ANALISTA

APA

Abril 2005

Abel Fainstein

Agradezco la posibilidad que se me ha dado de introducir este debate sobre un fenómeno que descripto por Freud en Nuremberg 1910 en "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica", merecía ser revisitado y debatido entre nosotros.

Por que?

1.- Por la importancia de su uso en nuestra clínica psicoanalítica.

2.- Porque junto con ello, y después de los trabajos de Racker y Grinberg y sus seguidores, especialmente Cesio, y luego los ya citados Baranger, Baranger, Mom y seguidores, hubo un fuerte replanteo de su instrumentación clínica a la luz de los aportes de Lacan.

3.- Por la necesidad de actualizar la extensión que tiene su uso en nuestras respectivas prácticas, sobre la base de lo que realmente hacemos con nuestros pacientes. Propongo distinguir entre ellos los que tienen una patología a predominio neurotíca de aquellos con patologías narcisistas, incluyendo aquí pacientes limitrofes, con somatosis, con depresiones, etc. A partir de allí tratar de conceptualizarlo en beneficio del progreso del psicoanálisis como veremos luego que proponía Freud.

4.- Porque permite retomar el estudio de la IP y la consideración de su vigencia en la clínica, abandonado por gran parte de nosotros desde hace muchos años a partir de la pregnancia local de la escuela francesa.

La propuesta del debate de hoy parte justamente de la articulación entre CT y subjetividad, eje del cuestionamiento de Lacan. En este sentido pienso que el compromiso subjetivo es inseparable de la CT y a mi entender la propuesta de Winicott de una CT "verdaderamente objetiva" separada de otras resulta de difícil aceptación.

Creo sin embargo interesante incluir la reconsideración de la IP como mecanismo princeps de este fenómeno clínico.

En función de mi propia experiencia, intentaré ubicar ahora algunos puntos polémicos que sirvan a esta discusión.

Retomaré además algunos aspectos de la interesante discusión que hace Etchegoyen, y su articulación con la AF siguiendo a Laplanche y Pontalis.

Acerca de la instrumentación clínica

Ya Freud planteaba la CT como un tema “práctico”.

Escribía en 1910:

“Nos hemos visto llevados a prestar atención a la CT que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inc, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine.

Ya dije que hubo después versiones más estrictas, objetivas al decir de Winicott, y otras más abarcativas como por ej para Green. Esto remite nuestra discusión a la manera en que llevamos a cabo nuestra práctica, y ésta ya Freud adelantó que podría ser diferente según la estructura psicopatológica del paciente.

En este sentido cabe distinguir aquella centrada en la Atención Flotante como contraparte de la AL del paciente, de prácticas que incluyen al decir de Green todo el funcionamiento mental del analista. Luego pensar la CT en cada una de las mismas

Recordemos aquí que Green suma al material del paciente y sus efectos sobre el sentir Inc del analista, las lecturas y discusiones de este último y llega a plantear que la CT precede a la T.

De esta manera el debate acerca de la CT se desliza a debatir acerca de toda nuestra práctica y aún a las distintas formas que la misma adquiere con distinto tipo de pacientes.

La posibilidad que la CT preceda a la T nos aleja sin embargo del planteo freudiano acerca de que la CT es producto del influjo del paciente en el sentir Inc del analista; y aquí la teoría del campo viene en nuestra ayuda y nos permite prescindir de ese orden lógico T-CT.

Volvamos al texto de Freud:

.....cada psicoanalista llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores, y por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis y lo profundice de manera ininterrumpida a medida que hace su experiencia en los enfermos. Quien no consiga nada con ese autoanálisis, puede considerar que carece de aptitud para analizar enfermos.

El 6 de oct de 1910 le respondía a Ferenczi:

“Porque no lo he reprendido para abrir el camino a una mutua comprensión? Es bien cierto que esto fue una debilidad de mi parte. Yo no soy el superhombre psicoanalítico que Ud se ha forjado en su imaginación ni he superado la CT. No he podido tratarlo a Ud del tal modo, como tampoco podría hacerlo con mis tres hijos, porque los quiero demasiado y me sentiría afligido por ello.”

En 1912 en Consejos al Médico, en vez de autoanálisis propiciaba el análisis didáctico.

Podemos entonces preguntarnos:

El influjo del paciente actúa solo sobre nuestro sentir inc?

A que se refiere como “sentir inconsciente”?

Como pensamos su incidencia en nuestros complejos representacionales Prec-Inc que inciden en la AF, contraparte en el analista de la regla fundamental?

Como influye la CT en nuestro funcionamiento mental, en nuestra presencia e intervenciones, aún evitando actuarla inconscientemente a través de un periódico reanálisis?

Tomando la cita de la carta a Ferenczi, se trata de concientizar que se identifica al paciente como un hijo y evitar tratarlo como tal?

Como hacerlo? Es solo una cuestión de voluntad a partir de la concientización del sentir?

En el párrafo citado Freud lo veía como una debilidad de su parte pese a tenerlo consciente. Deseaba reprenderlo y no podía hacerlo. Sabemos que otras veces nos impide concientizar nuestro propio sentir.

La alusión al superhombre psicoanalítico supone la inevitabilidad de esto en cualquiera de nosotros, simples hombres o mujeres psicoanalíticos?

Siendo que la concientización que podría proveer el autoanálisis o el análisis didáctico no parece evitarlo, podemos pensar que persistirá entonces como inevitable punto ciego de ese análisis. En ese caso sucesivos reanálisis con otro analista podrían basar en ello su eficacia al cambiar el interlocutor analítico.

Sabemos además que Freud ubicaba la CT como uno de elementos que harían al progreso interno que habría de tener el Psicoanálisis en lo técnico, junto con el simbolismo en lo teórico.

Como recordarán, el progreso interno se sumaba al rol del incremento de autoridad que tendría el Psicoanálisis, y a la

repercusión general de la labor de los analistas, para favorecer las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica.

Por el mismo motivo, pienso que la inadecuada instrumentación de la CT ha sido en buena parte responsable del deterioro de autoridad y de la repercusión general de nuestra labor. Lo mismo vale para el caso contrario. Las derivaciones éticas de esto fueron motivo de trabajo entre nosotros el año pasado y el análisis de analista está entonces en cuestión. Aún aceptando que hay algo de inevitable.

Como recuerda Etchegoyen, después de esa cita, y de la carta a Ferenczi de octubre de 1910 ; Freud no volvió sobre el tema y la CT no tuvo desarrollos hasta los años cincuenta.

Cita sin embargo, y creo importante retomarlo aquí por haber sido el analista de Garma, a Reik; quien por esos años describió la importancia de la intuición, la necesidad del analista de dejarse sorprender por su INC. Pero para este autor la CT era una resistencia del analista y debía ser vencida por el autoanálisis. Separaba así intuición de CT.

Son como sabemos Paula Heymann y Racker, aparentemente en forma independiente, quienes describen la CT como Instrumento en 1950 y 1953 en el IJPA, y refieren a ella las ocurrencias del analista .

Racker había hablado de ella en 1948 en APA, y su trabajo del IJPA se publicó en la Revista de Psicoanálisis en 1955.

Así describía por ej el sentimiento de fracaso del analista provocado por la actuación del paciente de su propio fracaso e impotencia.

A partir de estos aportes, ya no se ve la CT solo como un obstáculo. Igual que la T, es obstáculo, instrumento y campo de la cura al dar destino diferente a la antigua relación de objeto.

Como explicarla?

El analista es objeto e interprete de la T , y la discusión acerca de si la CT es inducida por la T del paciente que es la que inicia el proceso, o si es la T del analista contrapunto de la del analizado sigue vigente y en forma muy activa, especialmente a partir de los aportes de Lacan.

Para Etchegoyen, aunque Lacan en 1951 la considera suma de prejuicios, pasiones, perplejidades, incluso de la insuficiente información del analista; postura relativizada con la descripción del

SSS; la mayoría piensa con Freud que los sentimientos y pulsiones inc del analista surgen de la T del analizado.

De esta manera CT supone que la cosa empieza con la T pero luego el analista participa en el proceso.

Pensamos así nosotros?

No es acaso la teoría del campo una alternativa que permite sortear esa lógica causal?

Así pensada la T-CT es una producción propia del campo sin importar donde empezó. Esto tiene implicancias clínicas ya que determina un mayor compromiso del analista en lo que allí se produce. Ya no es solo la respuesta a la T.

Sabemos que pese a haber sido descripta muy tempranamente por Freud como fenómeno clínico, la metapsicología del fenómeno CT no fue su tema y fue abordada por Racker que la estudió desde las identificaciones basándose en la II tópica y en las concepciones de YO y Objetos internos.

Se enriqueció luego con la utilización de la IP, y adquiere su máxima expresión en los desarrollos de Grinberg de CIP, definida como los efectos reales producidos en el objeto por el uso peculiar de la IP por personalidades regresivas.

Pero no sin problemas.

Etchegoyen mismo coincide con Grinberg y Money Kyrle en usar la IP para entender la CT, pero critica el planteo de Grinberg de que en la CIP opera solo el analizado y el analista se ve forzado por la violencia de la identificación proyectiva más allá de su conflictiva inconsciente. No estaría en juego la CT, y hay pacientes iguales con distintos analistas que se ven llevados a actuarla.

Que sería, sino la estructura psíquica de ese analista, sus conflictos inconscientes, su particular forma de funcionamiento mental lo que hace que sucumba a ella? Es por eso que para Etchegoyen es cuestión de grados con la CT complementaria.

Cual sería la alternativa metapsicológica a la II tópica y el modelo identificadorio, incluyendo la IP?

Quizá el énfasis en el deseo del analista?

Obstáculo o instrumento, necesitamos un sostén metapsicologico para la CT.

Es la teoría del campo útil para ello? Aun en este último caso podemos utilizar el concepto de IP para explicar esa producción conjunta .

Tenemos otro instrumento conceptual para explicar esa producción conjunta del campo psicoanalítico?

Es la interpretación de la IP y la evitación de la CIP, entendida como grado extremo de CT Complementaria, una forma actual entre nosotros de dar cauce a la CT? Usamos otra? Varía según las patologías?

Acerca de la clínica

Quisiera ahora hacer algunas consideraciones clínicas basadas en la propuesta de Freud en cuanto a que “nos aproximamos ahora a la intelección que la técnica psicoanalítica tiene que experimentar ciertas modificaciones de acuerdo con la forma de enfermedad y las pulsiones que predominen en el paciente”; y se pregunta “en qué medida debe consentirse alguna satisfacción durante la cura a las pulsiones combatidas en el enfermo, y qué diferencia importa para ello el hecho de que esas pulsiones sean de naturaleza activa sádica o pasiva masoquista”.

Si bien Freud se refería explícitamente y ejemplificaba con las neurosis, el tratamiento de pacientes con patología narcisista, borderlines, depresivos, somatosis nos hace repensar especialmente en esto.

Como usamos entre nosotros la CT?

Pienso que su implementación técnica es más difundida con pacientes con patologías narcisistas especialmente en estados regresivos. En este último caso, y siguiendo a Freud, en términos de alguna satisfacción durante la cura a las pulsiones combatidas en el enfermo.

Personalmente uso la CT como guía para entender la producción inconsciente de diferente tipo de pacientes aún los neuróticos. Impotencia, desamparo, erotización o agresividad son algunas de las sentires inconscientes detectables a través del autoanálisis o análisis de la CT que a veces asume la forma de malestar corporal.

Reservo la satisfacción de demandas de atención, cuidado y seguridad, a pacientes en estados regresivos en los cuales la neutralidad a ultranza puede ser difícil de tolerar. Es una decisión ofrecerlo y estoy alerta a actuar este tipo de demandas más allá de

mi voluntad. La oportuna verbalización de esto último en el tratamiento tiende a reencausar la cura.

En estos casos una CT básicamente concordante en los términos descritos por Racker es a mi entender imprescindible en las primeras etapas del tratamiento y no fácilmente lograda y mucho menos imposible. En mi experiencia, en muchos casos es determinante de su continuidad.

Para E el problema es que la CT concordante supone en sí un vínculo narcisista y cita a Racker mismo que dice que anula la relación de objeto en cuanto se trata de una identificación narcisista con el Yo u otras estructuras del paciente del paciente, que expresan la comprensión del analista y su CT positiva sublimada .

Vemos que Racker incluye la comprensión en la CT, y más específicamente en la CT concordante, esto es narcisista. Como no relacionarlo con lo que pensamos hoy de la comprensión como instrumento en un análisis? Lo que aparece como necesario en un comienzo, de no ser superada se volvería obstáculo? Como obviarla?

Se trata de los límites de la neutralidad .

Pienso que los cuestionamientos a la misma apuntan tanto a una imposible e intolerable ausencia de esta empatía por identificación con el Yo de paciente, como a una completa identificación empática que hace difícil el análisis. Volveré luego al tema diálogo analítico entre Yo del paciente y Yo del analista y/o comunicación de Inc a Inc.

Luego, el desafío es como privilegiar en su mayor dimensión la relación de objeto, paso también imprescindible en el progreso de esos tratamientos.

En estos casos la aparición de CT complementarias, si bien más conflictivas podrían ser señales útiles y especialmente el odio y la erotización en la CT .

En mi experiencia coincido con quienes describen la importancia de la simbiotización inicial requerida frente a Patologías graves en donde está en juego la vida o la vida psíquica del paciente. Pero además de poder instalarse se requiere de una oportuna desidentificación no siempre tolerada por el paciente ni lograda por el analista.

Sabemos que las resistencias al odio y la erotización son parte de este problema en ambos participantes del campo, dejando muchas

veces que subsista el vínculo narcisista y dando lugar a baluartes o actuaciones.

La oportuna detección de sentimientos eróticos o agresivos en la CT, es muchas veces una señal a considerar como cambio importante en el proceso. Desarman la identificación narcisista de la CT concordante y permiten su implementación en el tratamiento. En el contexto de la relación de objeto, superado ya el vínculo más narcisista, pueden denotar aspectos reprimidos o disociados de vínculos primarios del paciente que de esta manera pueden recuperarse e historizarse.

Recuerdo haber tratado durante bastante tiempo a una adolescente con graves actuaciones y conductas autodestructivas siendo el sentimiento CT básico de cuidado y expectativa respecto de su persona. Estaba alejada hacia varios años de su padre por decisión mutua, por lo que en determinado momento y sobre la base de mis propios afectos CT decidí convocarlo. Rapidamente acepto que le era difícil ese vínculo por temores hasta allí poco conscientes a una erotización y tras una serie de entrevistas retomó ese vínculo rescatándola del que tenía con una madre que decía no esperar nada de la persona de la hija.

En otros dos casos, fui convocado por familiares o conocidos en situaciones de riesgo de vida -aunque por distintas razones -de dos mujeres adultas.

La CT inicial fue guiada por el deseo de cuidado y sobrevivencia de las mismas, deseo que una de las familias parecía no tener desde hacía mucho tiempo. Esa CT concordante dio lugar con el tiempo a CT complementarias de naturaleza erótica y agresiva que cambiaron el curso del tratamiento, despegándolo de esa quizá necesaria simbiotización inicial en la que pienso que presté mi propio funcionamiento mental, en uno de los casos para procesar intensas vivencias de muerte, y en el otro para procesar los ataques de su entorno inmediato y de su identificación con ellos que desalentaban su vivir.

CT y ATENCION PAREJAMENTE FLOTANTE

Creo sin embargo importante detenernos en la articulación entre CT y AF, siendo ésta parte de la regla fundamental en el caso del analista y muy especialmente a considerar en pacientes neuróticos.

El analista puede intentar suprimir la influencia de sus prejuicios conscientes y sus defensas inc., y ya dijimos que Freud recomendó para hacerlo el análisis didáctico, evitando así al menos en lo posible lo que Stekel llamó Puntos ciegos.

Pero Freud exigía más: esto es lograr una comunicación de Inc a Inc entre paciente y analista como auricular y micrófono del teléfono, a lo que Reik llamó escuchar con el tercer oído. Que cada analista tiene en su propio Inc. un instrumento con el que puede interpretar las expresiones del Inc de los demás sin que haya paso por el CC aunque esto requeriría una investigación más minuciosa por si interviene activ Prec.

Sin embargo y como en el caso de la AL, al evitar Representaciones meta conscientes, estas serían sustituidas por Representaciones meta inc.

Como evitar que la Atención flotante esté ajena a ellas?

El análisis didáctico y el autoanálisis de la CT servirían para apreciarlo y controlarlo, pero Laplanche y Pontalis escriben que la AF es entonces una regla ideal que en la práctica tropieza con exigencias contrarias.

En palabras de Freud solo un Superhombre Psicoanalítico podría evitar ser condicionado por dichas Rep meta inc, aunque el seguimiento de la CT puede controlarlo.

En el caso de la AF, el análisis de la CT puede concientizar los puntos en que la misma se detiene y de ésta manera facilitar su curso. De la misma manera el analizando asocia más libremente cuando más avanza en su análisis.

Siendo que Freud no describió la AF en el contexto de la II tópica, en el psa contemporáneo hay para dichos autores tres orientaciones:

1.- algunos siguen a Reik y consideran la escucha de Inc a Inc como empatía especialmente preverbal. La CT no la obstaculiza sino que es testimonio de su profundidad.

Que pensamos nosotros hoy de la relación entre empatía y CT? Entre empatía y el sentir inc del que nos hablaba Freud?

2.- para otros la AF exige la relajación de las funciones inhibitorias y selectivas del Yo, una apertura a las incitaciones de su propio aparato psíquico que evite la interferencia de compulsiones

defensivas aunque lo fundamental del diálogo analítico sucede de Yo a Yo.

Coincidiendo en la necesidad de evitar la interferencia de compulsiones defensivas del analista, como incluir la CT en el diálogo YO a YO?

3.- para otros, basados en la analogía entre mecan del Inc y del lenguaje, se trata de hacer funcionar lo más libremente posible la similitud estructural entre los fenom Inc.. Sabemos que esto requiere una más estricta observancia de la neutralidad y la regla fundamental que nos es siempre indicada ni factible.

Podemos preguntarnos como separar prácticamente las dos últimas opciones que ya hemos visto se superponen especialmente en el tratamiento de pacientes con patologías narcisísticas graves.

Resumiendo;

El debate al que se nos convoca resulta necesario. Se trata a mi entender de que a partir de nuestra propia práctica hagamos una actualización de que entendemos entre nosotros por CT y las posibilidades de su uso como instrumento. Sus beneficios, sus problemas y los deslizamientos que puede inducir.

Propongo revisar su influencia en la Atención flotante.

Por extensión a partir de la CT re trabajar el concepto de IP y su utilización clínica.

Es una apuesta a la inclusión de la subjetividad en el campo analítico.

