

## **EL SABER DEL ANALISTA, MAS ALLA DEL SUPUESTO.**

**Actualizaciones acerca de la neutralidad y de la teoría en la clínica**

"The knowledge of the analyst beyond supposed knowledge"

“ Updates on neutrality and on the theories in clinical practice”

# EL SABER DEL ANALISTA, MAS ALLA DEL SUPUESTO.

Actualizaciones acerca de la neutralidad, y de la teoría en la clínica

Abel Mario Fainstein

[afainstein@gmail.com](mailto:afainstein@gmail.com)

Avenida Santa Fe 3044 tercer piso

Ciudad de Buenos Aires

5411-4826-8221

5411-4821-0307

Miembro Titular en Función Didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Chair del Program Committee del Congreso Internacional de la IPA, Chicago 2009. Cochair regional del Program Committee del Congreso Internacional de la IPA, Río Janeiro 2005.

Organizador de la Maestría en Psicoanálisis, con acreditación para el Doctorado en Psicología, de la Universidad del Salvador y la Asociación Psicoanalítica Argentina.

## **DESCRIPTORES:**

CLINICA, FORMACION PSICOANALITICA, NEUTRALIDAD, SABER DEL ANALISTA, TEORIAS DEL ANALISTA.

## **RESUMEN**

El autor plantea que discusiones actuales que enfatizan la necesaria negativización del analista, y desestiman su saber, hacen obstáculo a la comprensión de su quehacer y a la formación analítica. Propone considerar el necesario saber y saber hacer del analista, que se suma a la importancia de su persona real para encarar su práctica. Coincide así con quienes proponen aumentar nuestra tolerancia, no solo al no saber sino al saber algo.

Discute asimismo el concepto de neutralidad, traducción del inglés neutrality y no de la indifferenz freudiana ya que esta última está más asociada a la atención libremente flotante.

Diferenciándose de los que consideran imposible y contraproducente la neutralidad, se inclina por los que proponen una cierta distancia posible en relación al material del paciente y su transferencia, a la contratransferencia y a su propia personalidad. También a sus propios valores y a las teorías psicoanalíticas.

Es mi experiencia que los debates entre analistas de nuestro medio suelen destacar el supuesto saber del analista. Esto es, que el desconocimiento abarca a ambos integrantes de la dupla, paciente y analista. En esta misma línea de pensamiento, se jerarquiza la propuesta bioniana de “sin memoria ni deseo” acentuando la neutralidad del analista; se propone el borramiento del analista como objeto, y se discute el rol de la teoría en la clínica, o más precisamente en la escucha del analista.

Estas propuestas dan cuenta, a mi entender, de la necesaria negativización del analista como condición de la cura; como así también de la posibilidad una escucha espontánea que va más allá de las teorías y de la persona e historia del analista. Estas formulaciones tienen especial importancia en la clínica. Se trata de favorecer la implementación del método psicoanalítico, basado como sabemos en la asociación libre del paciente y la atención libremente flotante del analista, a la vez que el trabajo en y sobre la transferencia.

Sin embargo, hoy sabemos que el analista debería poder hacer algo más que atender en forma libremente flotante. Asimismo, sus intervenciones, van más allá de las interpretaciones en busca de insight que operan por vía de levare y que fueron propuestas por Freud para el levantamiento de la represión. Desde el mismo momento en que hacemos construcciones, a la vía del levare se suma la vía del porre en la operatoria analítica. Somos concientes de sus implicancias éticas y de allí la importancia de tratar de usar el discurso del paciente para construir las.

En este mismo sentido, lo que para Freud en los principios obstaculizaba el análisis de niños, esto es que se le debían prestar palabras, hoy sabemos que es requerido en muchas curas y no solo con niños. Especialmente en el tratamiento de pacientes limítrofes o psicossomáticos, pero también en ciertos momentos de cualquier análisis.

Las variaciones calculadas de la neutralidad propuestas por Lacan (1960), o posturas más radicales como las que directamente cuestionan la neutralidad por imposible e indeseable (Renik 2003), apuntan en el sentido de una presencia más real del analista. Se suman a las conceptualizaciones que destacan la importancia de su persona real.

En mi propia clínica, coincido con estos puntos de vista. Siendo que es imposible e indeseable no experimentarlas, la neutralidad se trata básicamente, al decir de Lacan (1960), de no quedar preso de las pasiones del amor, el odio y la ignorancia.

Por su parte pienso que la escucha de cada analista está orientada por su propio Icc, pero también por su historia personal y analítica, y por sus teorías.

Teniendo en cuenta que en mi experiencia, las formulaciones que se detienen en el acento en la transmisión de la experiencia de lo Icc y en la negativización del analista, dejan muchas veces de lado cuestiones que hacen al saber y al saber hacer en la clínica, y en

este sentido dificultan la formación de nuevas generaciones de analistas; me parece importante complementarlas con enfoques como los citados.

Trataré de hacerlo en este recorrido, sumando consideraciones acerca de cómo la neutralidad puede ser relativizada sin perjuicio de estar abierto a lo nuevo y sorprendente en la cura; y acerca de la forma en que las teorías inciden en el analista trabajando .

### Neutralidad

Neutralidad y abstinencia son desde Freud pilares de la práctica psicoanalítica.

La abstinencia sabemos que está asociada a la neutralidad, y supone una mínima satisfacción sustitutiva de los síntomas : no satisfacer las demandas ni actuar roles, concentrando la cantidad en la transferencia y la expresión verbal.

Sin embargo, Freud (1915) nunca utilizó neutralidad sino indiferenz . Una indiferencia resultado del sofrenamiento de la contratransferencia. Neutralidad proviene de la traducción de Strachey de "indifferenz" por "neutrality". Se trata en realidad de indiferencia más que de neutralidad, y este deslizamiento lleva a muchos de los debates que hoy encaramos sobre el tema. Sin embargo la neutralidad se ha impuesto por muchos años de observancia, y sabemos que se trata de no dirigir la cura en función de valores religiosos, morales o sociales, o en función de un ideal. De ser neutral con las manifestaciones transferenciales, de abstenerse de dar consejos, y en general de no aprovechar de la sugestión siempre operante.

Se trata de no intentar formar el destino del paciente, sino de lograr una simpatía comprensiva en vez de efectos moralizadores o de representar a un tercero.

Más en la línea de la indiferenz, está la articulación remarcada por Canestri (1998), y citada por Cabral (2009) , entre neutralidad y atención libremente flotante: sugiere ser indiferente con el discurso y la transferencia. Aquí indiferencia supone tener una “disponibilidad equitativa”, lo que la asocia a la atención libremente flotante y a la asociación libre, bases del método psicoanalítico . En ese sentido la indiferencia favorece la conexión con las producciones de lo Icc. del paciente , como así también del mismo analista. Por eso la exigencia de neutralidad es una recomendación técnica.

Mi opinión es que instrumentos como el enactment, la actuación de roles , y en general las expresiones de la contratransferencia, dan cuenta de lo Icc del analista, por lo que es legítima su instrumentación clínica más allá de la atención libremente flotante.

Por su parte, dirigir la atención sobre algún punto en especial del relato, confrontando al paciente, y alejándose momentáneamente de la atención libremente flotante, es un recurso útil en muchas situaciones. Para Renik (2011) se trata de seguir la propuesta freudiana de proponer al paciente decir lo que le viniera a la mente cuando pensaba acerca de sus

síntomas. Pienso sin embargo que, de ser una modalidad sostenida, puede llegar a obstaculizar la emergencia de lo sorprendente, o inesperado de las producciones de lo Icc y/o la posibilidad de su análisis. No descarto con ello la motivación Icc. , aún de los puntos en que el analista fija su atención; pero entiendo que necesitamos de cierta asimetría, una segunda mirada, para poder valorarla. Baso mis reservas en la posibilidad de que el diálogo sostenido y la confrontación con el paciente, jerarquice lo Prec.-Cc. y obstaculice la comunicación de Icc. a Icc. que buscamos como instrumento.

A diferencia de autores que como Renik (2003), consideran la neutralidad imposible y en caso de que fuera posible, indeseable; mi propia clínica me acerca a un punto de vista más clásico : aquel donde una neutralidad posible facilita la cura, y en el cual vacilaciones calculadas de la misma pueden ser operativos.

M. Baranger (1994) piensa que muchos de los problemas éticos son en realidad técnicos. Se trata de evitar lo que dificulta el trabajo analítico, de buscar las condiciones para lograr la mayor eficacia evitando interferencias. En este sentido, como ya dije, la neutralidad es un problema técnico.

Es que la transferencia necesita de la neutralidad ? Coincidiríamos hoy con esta propuesta freudiana? En este sentido, Paul Denis (1988) escribe y coincide: “En la situación analítica, el analista juega con el paciente dos roles simultáneos, uno como objeto organizador de una transferencia, el otro como anti-objeto. Se sustrae a la carga de la que es objeto y desorganiza poco a poco los arreglos defensivos de su paciente. Esta sustracción es la que organiza la transferencia propiamente dicha, la hace aparecer en tanto que fenómeno específico en la relación analítica y permite su desarrollo”.

La predominancia de uno u otro rol tiene que ver, también, con la estructura clínica del paciente. En aquellos de funcionamiento fronterizo, la presencia real del analista es imprescindible y difícil de sustraer.

Si recordamos a Freud (1912) en “Consejos al médico”:

*“Como mientras escucho, yo mismo me abandono al decurso de mis pensamientos Icc, no quiero que mis gestos ofrezcan al paciente material para sus interpretaciones o lo influyan en sus comunicaciones”.*

*“.....persisto en ese criterio que tiene el propósito y el resultado de prevenir la inadvertida contaminación de la transferencia.....”*

podemos ver que el objetivo dominante es preservar a su propia conexión con lo Icc. y evitar la contaminación de la transferencia.

No se trata pienso de abstenerse de confrontar con un paciente sus puntos de vista, o de intervenir a veces en algunas decisiones. De hecho Freud era bastante poco neutral en estos

sentidos. Claudio Eizirik (1993) cita a Joan Riviere " empezó su primera sesión conmigo – de una manera poco recomendable y contraria a todas las reglas- diciendo: “Bien, ya sé algo sobre usted: tuvo un padre y una madre”.

Para Racker, (1973) la objetividad del analista consiste, principalmente, en una cierta posición frente a su propia subjetividad, la contratransferencia. Ni un ideal obsesivo de objetividad, ni fundirse en la contratransferencia. Por lo tanto, la verdadera objetividad se basa en una disociación interna que capacita al analista a tomarse a sí mismo como objeto de observación y análisis continuos, y que también le permitiría ser relativamente “objetivo” frente al paciente.

En la línea ya adelantada de facilitar el contacto con lo Icc. del paciente y del analista, Eizirik (1993) propone, y coincido, una distancia posible en relación al material del paciente y su transferencia; a la contratransferencia y a su propia personalidad; a sus propios valores; a las expectativas y presiones del mundo externo, y a la (las) teoría(s) psicoanalítica(s). Tal postura no implica para él ausencia de espontaneidad o naturalidad, pero sí el reconocimiento de que mantener una cierta distancia posible nos permite un contacto y comunicación crecientes y más profundos con el mundo interno del paciente ( y yo agregaría con el del propio del analista) , con el objetivo de alcanzar los fines terapéuticos propuestos por ambos.

Sin embargo la neutralidad no implica ni garantiza objetividad suprema y tampoco se considera deseable ni posible una neutralidad absoluta. De hecho todo modelo terapéutico pone en juego un sistema de valores.

Por otra parte un cuestionamiento a la neutralidad está también, aunque desde perspectivas diferentes, en las vacilaciones calculadas de la neutralidad propuestas por Lacan (1960) , y en las acciones o respuestas al rol como enactments del analista de la escuela inglesa. Sin perjuicio de recordar que ya Racker ( 1973), exigía al analista la disposición a actuar ciertos roles o demandas en pos de la cura.

La idea es que es difícil ser completamente neutrales, que tanto el paciente como el analista actúan aunque solo sea sutilmente con gestos. Pero que además podemos salirnos de la neutralidad calculadamente.

Si tenemos en claro que solo se trata de compartir aquello relacionado con el paciente y nuestra manera de pensarlo, y no cuestiones personales del analista; el riesgo de volver al cuestionado análisis recíproco de Ferenczi , que algunos ven en estas ideas, no debe asustarnos.

Como dije antes, prefiero personalmente pensar en la línea de la indiferencia. Para Canestri (1998) , aquí indiferencia supone una “disponibilidad equitativa” con el discurso y con la transferencia, y la asocia a la atención libremente flotante y a la asociación libre, bases del método. En ese sentido, la indiferencia favorece la conexión con las producciones de lo Icc. del paciente, así como del mismo analista. Por eso la exigencia de neutralidad es una recomendación técnica.

R. Avenburg (1994) , piensa que el psicoanálisis se ha dogmatizado mucho, y que a veces la gente en formación está más preocupada en saber si hace o no psicoanálisis que por si el paciente sufre menos. Es por esto que trataré de centrarme más en los mecanismos de acción terapéutica de nuestro quehacer, que en definir que es psicoanálisis.

Coincido en este sentido con Renik (2003) y con Gabbard y Westen ( 2003) quienes enfatizan que dejan de lado la preocupación en definir que es psicoanálisis para centrarse en su acción terapéutica. Los dos últimos autores destacan varios mecanismos de acción terapéutica:

- cambiar , a través de la interpretación y el insight, las redes inconcientes de motivaciones que guían nuestro pensamiento, modo de sentir y conducta. Especialmente las redes que conforman creencias inconcientes patogénicas. Esto incluye defensas y formaciones de compromiso.

- ayudar al paciente a reconocer y tolerar estados de sentimientos molestos y contradictorios.

- también a implementar estrategias concientes para regular sus afectos.

- vivenciar un tipo diferente de relación hace a la internalización de la función, de actitudes afectivas, y de estrategias concientes de auto reflexión : el paciente se torna gradualmente su propio analista.

- identificar patterns de transferencia- contratransferencia.

Con este fin, suman a las interpretaciones, la confrontación, la exposición, la validación, la afirmación, la incidencia en la toma de decisiones, y medidas tendientes a facilitar el proceso como son el setting, el humor o los estilos del analista.

Destacan la confrontación, la que , a su entender, lleva a implícitas y explícitas sugerencias de cambio de patrones de comportamiento, de patrones relacionales mal adaptativos o de creencias disfuncionales.

Para ellos, aún cuando hacemos un comentario tan aparentemente neutral como : me pregunto que significará que...., estamos confrontando al paciente con algo digno de ser tenido en cuenta terapéuticamente. Cuestionan así, a quienes piensan que simplemente están explorando asociaciones y dejando que el paciente haga elecciones independientes, cuando en verdad ellos están estructurando la situación.

Como vemos, nuestras posibilidades exceden ampliamente una postura estrictamente neutral, y a cada una de nuestras intenciones subyacen modelos teóricos.



### Acerca del material clínico

Evaluando una reciente experiencia institucional de discusión de un caso clínico de Adam Philips , publicado en el libro “La Caja de Houdini , Sobre el arte de la fuga” , en la Asociación Psicoanalítica Argentina (2010) , se puntuaron, entre otros, los siguientes aspectos:

- *“Se trata de un escrito que no registra términos teóricos, que no se encuentra contextualizado. En síntesis un material no convencional”.*
- *“... posturas muy diferentes.... Posturas que no podemos atribuir como anudadas a las diferentes corrientes del pensamiento psicoanalítico, sino que revelaban posiciones personales”*
- *“...parece mostrarse, en esta ocasión, que las posiciones personales, además de estar influidas por las concepciones teóricas de cada quien, lo están por “factores particulares” que sería muy interesante poder discernir”.*

Sobre la base de estas ideas, me propongo desarrollar algunos aspectos relacionados con lo que entendemos por material clínico , y algunos aspectos de la relación entre clínica y teoría.

Partiendo de mis coincidencias con sus puntos de vista, y a los efectos de sostener el pluralismo de ideas que orienta mi práctica, sumaré a esta temática aportes de dos analistas, D. Duncan y L. Friedman, uno británico y otro norteamericano . Este último a través del trabajo sobre su obra escrito por N. Kravis (2006).

Entiendo el material clínico como una construcción que intenta reflejar lo que ocurre en el campo analítico, salvando las consecuencias del necesario pasaje de lo oral a lo escrito.

Entre las distintas acepciones de material clínico tenemos:

- Conjunto de palabras, silencios y actitudes del paciente en sesión
- Lo que el paciente elabora en sesión.
- Descripción del campo analítico. Esto es de cada uno de los participantes pero también de lo que va más allá de la suma de ambos.

Prefiero esta última ya que refleja mejor lo que considero una característica de la experiencia psicoanalítica y que es su condición intersubjetiva. Esto no quita que en ciertos casos pretendamos cierta objetividad, la que siempre será inevitablemente subjetiva.

## *Teorías en la clínica*

Acuerdo con la importancia de los así llamados "factores particulares". Y en el contexto de éstos, las teorías de cada analista.

Me interesan en este sentido las ideas de Duncan (1987) cuando plantea que tenemos frente al paciente un conocimiento intuitivo, sumado a un diálogo vago con teóricos. Nos proveen diferentes dimensiones de significado. Partimos de teorías intrínsecas sobre motivación humana, imperfectas pero naturales, que teníamos antes de nuestra formación. Estas se superponen e interactúan con las adquiridas en los institutos. Pienso que este planteo echa luz acerca de lo que no es producto de la formación, y como interactúa con ella.

Como dije antes, en las discusiones antes citadas se destacó la falta de referencias teóricas en las intervenciones, y por otro lado que "el analista parecía tener un guión y querer introducirlo en el paciente". Si bien pienso que sería injusto caracterizar de esta manera todas las intervenciones del analista, coincido en que muchas de ellas tienen esa última impronta. Algunos ejemplos serían a mi entender los relacionados con ser bueno y querer unir a los padres:

*Le dije que pensaba que, cuando era niño, se le podría haber ocurrido que ser bueno era una manera de mantener unidos a sus padres; como magia.*

*Le dije: «¿Es posible que fuera un verdadero golpe porque le hicieron algo que normalmente le hace usted a otras personas?»*

*«¿Por ejemplo?»*

*«Por ejemplo, no ser lo bastante atento, no tomar en consideración lo que la gente cree que tiene derecho a pensar o hacer... Es imposible escapar de esas cosas cuando uno es la víctima.» Hubo un silencio que aproveché para continuar. «Si esto es cierto, entonces imagino que se lo han hecho a usted antes y por eso se lo hace inconscientemente a los demás, como un hábito.»*

Pienso sin embargo que, aún las intervenciones aparentemente ajenas a una teoría, están guiadas por el saber del analista a la vez que atravesadas por lo Icc. Al decir de Anzieu, (1969), la interpretación expresa el proceso secundario del analista infiltrado de proceso primario; puesto que la interpretación no podría alcanzar el Icc. si le fuera radicalmente extraña.

Esto trae a la discusión el tema del saber del analista y como aparece en su clínica.

Se trata solo de un supuesto saber del que uno debería destituirse? O podemos pensarlo como instituyente de la cura analítica y de su dirección a condición de que no se lo "aplique"?

De que saber previo se trata cuando hablamos de la escucha analítica? Sería posible andar sin esa brújula?

Tomo como ejemplo el trabajo de Phillips con su paciente que leemos en los párrafos siguientes. Podemos reconocer allí el abordaje de la disociación o aún de la escisión. También el realizado acerca de lo que conocemos como proyecto identificatorio.

*Le dije: «Tomarse estas cosas en serio parece una especie de derrota o de concesión... Como si fuera a ocurrir algo terrible si “dejara de desconectar” esas cosas. Cuando recibió la carta, la parte de usted susceptible de ser rechazada se vio de repente “reconectada” con la parte que usted querría ser... Cuando conoce a una mujer, a la persona que usted quiere que sea una mujer, enseguida vuelve a conectarse con una persona real...»*

*Le dije: «Puede que esté preguntándose algo acerca del plan de sus padres..., que esté tratando de imaginar qué significó para ellos tenerle..., qué les estropeó o qué le dijeron que su llegada estropeó.»*

Retomaré aquí el trabajo de N. Kravis (2006) acerca de las ideas de L. Friedman. Dice allí haberse sentido persuadido por Friedman a pensar *que* :

*“muchos analistas se han volcado a cierto sentimiento anti teórico tal, que prefieren verse a sí mismos como operando casi ateóricamente, como observadores cercanos de los fenómenos transferenciales y resistenciales, pero no comprometidos por abstracciones o grandes hipótesis metapsicológicas. Quieren estar clínicamente cerca o cercanos a la experiencia operando en el nivel de la teoría de la clínica pero no de la metapsicología”..*

Kravis (2006) piensa que parte de las razones para este sentimiento anti abstracción, anti objetividad, anti teórico, es que el postmodernismo ha generado escepticismo acerca de los universales, y un vergonzoso desaire de las ideas de causalidad.

J. P. Jimenez (2009) ha tratado también este tema en su conferencia para el Congreso Internacional de Psicoanálisis de la API en Chicago titulada “Aprehender la práctica de los psicoanalistas en sus propios méritos”.

En mi opinión, estas ideas recogen una inquietud personal acerca de los riesgos de lo que dí en llamar una apología de lo singular y del no saber del analista, tema especialmente sensible cuando se trata de la formación de analistas. Parto de la base que cada análisis es único, pero en nuestra práctica hay elementos comunes.

Algunos de ellos son los posibles diagnósticos que de alguna manera podemos suponer orientan la cura en cada analista que los propone. Si todo es singular, como establecer, aunque siempre provisorio, un posible diagnóstico. Sobre que elementos? Como diferenciar una locura histérica de una psicosis esquizofrénica? Un funcionamiento neurótico que

discrimina sujeto y objeto, Yo y no Yo; de un funcionamiento narcisista o limítrofe que no puede hacerlo?

Cada uno de los de los que integran “el amplio espectro de diagnósticos” atribuidos al paciente de Phillips, supone influencias en el abordaje terapéutico : *“estructura esquizoide, narcisista con mecanismos obsesivos, estructura obsesiva, (por el tratamiento que hacía del deseo y de la angustia en base a la postergación y la indecisión, y un analista que invita al riesgo), falso self ( profesional exitoso que tomaba su profesión como un pasatiempo, escapando así de las investiduras libidinales), patología del yo observador, déficit en la integración de la personalidad”*.

También diagnósticos más parciales, en función de distintos niveles de fijación, mecanismos defensivos o tipos de relaciones objetales, inciden a mi entender implícitamente en la escucha del analista. Este trabaja con esos conceptos, y por consiguiente inciden implícitamente en la dirección de la cura que lleva a cabo.

Se agregan a los componentes más generales de nuestra práctica, las sugerencias técnicas del tipo que Freud llamó consejos al médico, o que incluyó a propósito de la iniciación del tratamiento”. También articuladores clínicos como déficit, conflicto, o síntoma, que inciden en la manera en que intervenimos con un paciente.

Según Kravis (2006) , para Friedman los analistas de hoy son reticentes respecto de su saber y expertise; y sufren, siguiendo a Bloom, una perversa ansiedad de influencia, pero no de ser influidos sino de ejercer influencia. Piensan que saber algo es incómodo porque nos pone en una posición políticamente incorrecta en busca del insight del paciente.

Para este autor hemos pasado de la adoración del conocimiento a nuestro deseo actual de una competencia que no se suponga autoritaria. Propone aumentar nuestra tolerancia, no solo al no saber sino al saber algo, ya que los analistas se molestan visiblemente ante el actuar sobre otra persona visto como presunción de autoridad. Propone así una dedicación al saber al igual que al no saber, dejando de lado lo que considera una actitud fóbica hacia el conocimiento.

Realigna de esta manera teoría y práctica, demostrando que incluso las prácticas más orientadas por el proceso, tienen incrustado mucho de teoría. Uno no puede elaborar adecuadamente un encuentro clínico sin descansar implícita o explícitamente en un conjunto de abstracciones.

Coincido aquí con Duncan (1987) que deberíamos proponer un “diálogo vago” con las distintas autorías y no una sujeción a las mismas. La aplicación de teorías lleva a veces, al decir de Seychaud (2010), a caricaturas en las que entendemos, interpretamos o construimos según teorías, las que adquieren entonces función defensiva.

También con quienes sostienen que hay siempre un gap entre teoría y práctica, y que debemos tomarlo como esencial y fuente de creatividad. Que se trata de aceptar no entender, escuchar lo desconocido, lo enigmático, manteniendo la capacidad de ser sorprendido; y recién allí preguntarnos la teoría que tenemos in mente. La teoría que trata de representarlo está siempre atravesada por lo Icc., y aparece entonces en una segunda instancia tratando de poner en palabras el camino recorrido.

Seychaud (2010) nos recuerda que Freud definía el psicoanálisis primero como un procedimiento de investigación de procesos mentales inaccesibles de otra manera, segundo como un método de tratamiento basado en esa investigación y por último como un cuerpo de conocimientos que va deviniendo como disciplina. Enfatiza entonces que primero está el procedimiento y al final el cuerpo de conocimientos.

Ahora bien, como podemos investigar sin ningún referente?

Duncan (1987) escribe que después que Van Gogh pintó los girasoles, quienquiera pinte girasoles tendrá que vérsela no solo con los girasoles sino también con van Gogh.

Recordaba esta cita días atrás cuando comentaba un material clínico de una joven de 15 años. Consultaba por estar poseída por 7 demonios tras que el Diablo entrara en ella por su debilidad. Fue después de un juego de la copa con un primo definido como pervertido en una familia de características incestuosas. Al escucharlo, vino a mi memoria rápidamente la cita freudiana del Manuscrito K (1895): “Te acuerdas que siempre dije que la teoría de la Edad media y los tribunales eclesiásticos sobre la posesión era idéntica a nuestra teoría del cuerpo extraño y la escisión de la conciencia?”

Sería posible no vérselas con Freud si escuchamos este relato clínico?

Para Duncan (1987) sobre la mesa de la cartografía hay un mapa no desenrollado y es muy probable que influya en la manera que vea lo que traiga el paciente. Aunque procuran amoldarnos de manera realista a ciertas características de los objetos, para ellas las teorías son siempre simples. En este sentido el analista encamina su interpretación según sus especulaciones, y un diálogo viviente entre teorización e intuición es una faceta de esas especulaciones.

Para este autor, si preguntamos a un analista como usó la teoría en sesión posiblemente diría: bueno, no aplique ninguna teoría en particular, trabajaba en forma pragmática sin pensar en ninguna teoría, fue una sesión muy clínica. Destaca que hay motivaciones inconscientes, conexiones significativas entre elementos aparentemente azarosos, transferencias; y que todo esto son teorías de las que es imposible imaginarse ajeno a un analista trabajando.

Me parece importante destacar también que para este autor, el conjunto de teorías que un analista usa con más frecuencia está tan centralmente integrado a él, es tan acorde con su yo en forma natural o por su formación, que bien puede ocurrir que su modalidad de funcionamiento quede por fuera de la indagación introspectiva. Es opaco. De allí, la importancia de un trabajo productivo acerca de la pluralidad de teorías que hoy nos ofrece el psicoanálisis, y muy especialmente en el contexto de la formación.

Para finalizar:

He tratado de destacar que hay un saber del analista que orienta sus intervenciones y en definitiva su dirección de la cura. Asimismo que no existe la posibilidad y no es deseable una absoluta una neutralidad, y que la teoría subyace a la clínica de un analista.

A partir de una cierta posible neutralidad, y en abstinencia; el analista debe poder trabajar espontáneamente, y lo más abierto posible a lo Icc. A su propio Icc. y al del paciente. Su contratransferencia y posibles enactments son una forma de expresión de lo Icc.

Esto no debería quitar la posibilidad de un diálogo con el paciente que lo confronte con alguno de sus síntomas o creencias, si el mismo está abierto a la aparición de algo nuevo, sorpresivo, a asociaciones libres, lapsus, sueños, o nuevas transferencias que denuncien lo Icc.

## **BIBLIOGRAFIA:**

\*Anzieu; D. (1969) “Dificultades de un estudio psicoanalítico sobre la interpretación”

Revista de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica Argentina. 1972, pag 255.

\*Avenburg, Ricardo (1994) Mesa Redonda La Etica en Psicoanálisis. Revista de

Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica Argentina. 1994. Tomo LI, número 3, pags 387-419

\*Baranger, W. y Baranger M. (1961): “La situación analítica como campo dinámico” en *Problemas del campo psicoanalítico*, Buenos Aires, Kargieman 1993. Buenos Aires.

\*Baranger M. , Baranger W. , Mom J. (1987) : “El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud”. “Trauma puro, retroactividad y reconstrucción”. *Revista de Psicoanálisis*, Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo XLIV, número 4, pags 745-774.

\*Baranger, Madeleine (1994) Mesa Redonda La Etica en Psicoanálisis. Revista de

Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica Argentina. 1994. Tomo LI, número 3, pags 387-419.

\*Borensztein, C. (2009) : El enactment como concepto teórico convergente de teorías divergentes. *Revista de Psicoanálisis*. Tomo LXVI. Número 1. El Psicoanálisis en Estados Unidos.

\*Cabral, A. (2009) : *Lacan y el debate sobre la contratransferencia*. Letra Viva. Buenos Aires.

\*Canestri, J. (1998) *Un grito de fuego*. En En torno a Freud , varios autores, p113. Biblioteca Nueva. IPA. Madrid.

\*De Urtubey, L. (1994) : “Sobre el trabajo de contratransferencia”. *Revista de Psicoanálisis*. Asociación Psicoanalítica Argentina. Tomo LI, número 4, pags 717-727

\*Denis (1988)*El porvenir de una desilusión: la contratransferencia, destino de la transferencia*. Revista 20 de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados.

\*Duncan, D. (1987) : “Las teorías en vivo” . *Revista de Psicoanálisis*. Asociación Psicoanalítica Argentina. Tomo XLIX, 2, 1992, pags 601-614

\*Dunn, Jonathan (1995) “La posición del analista (el otro) y la clínica actual” en El otro en la trama intersubjetiva. Compiladora Leticia Glocer Fiorini. Asociación Psicoanalítica Argentina y Editorial Lugar. Publicado originalmente en el Libro Anual de Psicoanálisis, XI, 1995.

\*Eizirik, C. (1993) Entre la objetividad, la subjetividad y la intersubjetividad. Aún hay lugar para la neutralidad analítica? Publicado on line en Aperturas Psicoanalíticas.

<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=212&a=Entre-la-objetividad-la-subjetividad-y-la-intersubjetividad-Aun-hay-lugar-para-la-neutralidad-analitica>

\*Etchegoyen, R.H. (1986) : “*Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*” . Amorrortu Editores. Buenos Aires.

\*Freud, S. : Obras Completas. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

- (1895) *Manuscrito K*

- (1910) *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*

- (1910) *Carta a Ferenczi*

- (1912) *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*

- (1915) *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*

- \*Gabbard G. , Westen, D. (2003) : “Rethinking therapeutic action” *Int J Psychoanal* 2003; **84**:823–841
- \*Guillaumin, J. (2004): *El mundo exterior y el nacimiento del sujeto* en *El otro en la trama intersubjetiva*. Compiladora Leticia Glocer Fiorini. Asociación Psicoanalítica Argentina y Editorial Lugar.
- \*Jimenez, Juan Pablo (2009) “*Aprender la práctica de los psicoanalistas en sus propios méritos*”. Libro Anual de Psicoanálisis 2010. Pag 173.
- \*Korin, V. y Viñoly, A.M. (2010): *Comunicaciones personales*.
- \* Kravis, N. (2006) "Friedman's Corpus Since his *Anatomy*" (J Amer Psychoanal Assn 54:945-976).
- \*Lacan, J. (1960) Escritos 1. Subversión del Sujeto. Pag 336
- \*Laplanche, J y Pontalis J.B. (1971) : *Diccionario de Psicoanálisis*. Labor . Barcelona
- \*Paniagua, Cecilio (1997) : “La intersubjetividad en psicoanálisis. Una revisión crítica.” En *El otro en la trama intersubjetiva*. Compiladora Leticia Glocer Fiorini. Asociación Psicoanalítica Argentina y Editorial Lugar. Publicado originalmente en la Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, 1997, número 26.
- \*Racker, H. (1953) : “*Estudios sobre técnica psicoanalítica*”. Paidós (1969). Buenos Aires.
- \*Renik, O.D. (2003) Los peligros de la neutralidad. Publicado on line en Aperturas Psicoanalíticas. Madrid. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=188&a=Los-riesgos-de-la-neutralidad>
- \*Renik, O.D. ( 1996) El poder del paciente. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Número Especial Internacional “El poder”.
- \*Renik, O.D. (2011) Comunicación personal.
- \*Sapisochin, G (2007) : “Variaciones postfreudianas del agieren: sobre la escucha de lo puesto en acto”, *Revista de Psicoanálisis* 50, 73. Madrid.
- \*Seychaud, E. (2010). Comunicación personal.
- \*Steiner, J. (2006) : “Interpretative enactments and the analytic setting”. *The International Journal of Psychoanalysis*, vol 87, pag 315-320.



\*Manfredi Turillazzi, Stefania (1979); “Interpretación de la actuación e interpretación como actuación”. Revista de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica Argentina. Vol. XXXVI número 5, pags 837-853.

\*Winicott, D.W. (1960) : *Contratransferencia*. En El proceso de maduración en el niño. Laia. Barcelona. 1975

- (1947) *Odio en la contratransferencia*. En El proceso de maduración en el niño. Laia. Barcelona. 1975

