

SESIÓN: TEORÍA Y TÉCNICA

PATOLOGÍAS ACTUALES Y EL RIESGO DEL EJERCICIO DE UN PODER

Autores:

Lic. Cecilia Moia (Asociación Psicoanalítica Argentina - dirección: Pacheco de Melo 2549 5to “A” – teléfono: 48056975 - email: ceciliamoia@fibertel.com.ar - Lic. en Psicología)

Lic. Diego Luparello (Asociación Psicoanalítica Argentina – dirección: Conesa 2262 3ro. “11” – teléfono: 47852768 – email: diegoluparello@gmail.com - Lic. en Psicología)

Mucha es la discusión en torno a lo que se denomina “nuevas patologías”. Múltiples tendencias intentan dirimir la validez de dar estatuto nosológico a la clínica actual. Lejos de intentar agotar el debate al respecto, es nuestra intención ahondar sobre algunas de las consecuencias que pueden suscitarse en la premura de encontrar herramientas técnicas acordes a la promovida actualidad en la mostración clínica de nuestros consultorios.

Uno de los riesgos, a nuestro entender, gira en torno al uso del poder que el analista puede ser invitado a ejercer bajo el supuesto *aggiornamento* de sus herramientas técnicas. El discernimiento diagnóstico, por ejemplo, condiciona los modos de abordaje que un analista se plantea frente a un caso.

Dar por supuesto una declinación de la neurosis, y un concomitante incremento de “nuevas” patologías, constituye una premisa. La misma, apoyada en lo observable de los cuadros clínicos y en la contratransferencia de los analistas, acaba por desplazar y desestimar la posibilidad de pensar en términos de estructura (neurosis-psicosis-perversión) al sujeto que acude a la consulta. Olvidando así que el establecimiento de vectores estructurales en la conformación subjetiva ha sido una cuestión fundamental que el psicoanálisis propuso, hace más de un siglo, frente a la resistencia que ofrecieron abordajes fenomenológicos; enriqueciendo superlativamente la capacidad

de pensar al sujeto humano y a sus padecimientos, y estableciendo de este modo una clínica totalmente diferente y reveladora.

A nuestro entender la premisa de que existen nuevas patologías esta apoyada, inicialmente, en dos pilares: uno es el incremento que los analistas observan de síntomas ligados al acting, somáticos, adicciones, etc. Y el otro corresponde a los efectos contratransferenciales que dicha sintomatología provoca en nuestra comunidad científica: rechazo, incompreensión, dificultad en la empatía, extrañeza, etc. La aparición de ambos fenómenos (percepción de dichos síntomas manifiestos y efecto/afecto contratransferencial del analista) han promovido reflexiones científicas fructíferas en nuestro medio. Muchas de ellas han enriquecido nuestros recursos clínicos.

Las nuevas patologías son pensadas, en algunos casos, como diversas modalidades de presentación manifiesta del padecer psíquico; y en otros, que los síntomas están sostenidos por nuevas variaciones en la estructura del aparato psíquico. Para ambos casos son los analistas los que con su extrañeza se constituyen en el patrón medida de lo que es normal y lo que ha dejado de serlo.

¿Dicha premisa no deja fuera de debate el cuestionamiento al observador? ¿Cuánto de lo descrito en la clínica actual tiene relación con los sujetos que acuden a nuestros consultorios y cuánto de lo descrito tiene que ver, justamente, con quien lo observa? ¿Podemos acaso no implicarnos en lo que estamos describiendo?

Diversos autores han propuesto conceptualizar nuevas categorías nosológicas para dar cuenta de fenómenos aparecidos en su clínica que divergían de lo postulado por las ya establecidas.

Queremos rescatar, en este trabajo, los aportes hechos por Green y Joyce McDougall; no con la intención de discutir la consistencia conceptual o epistemológica de dichos aportes (lejos nos está aún la capacidad de hacerlo) sino con el deseo de subrayar un aspecto que consideramos fundamental a la hora de pensar la clínica y la posible aparición de nuevas categorías: la rigurosidad con que dichos autores han presentado sus hipótesis. Rigor intelectual que se traduce en una posición particular que permite a estos analistas pensar con libertad en la construcción de conceptos, pero sin soslayar el contexto en que dichas construcciones han aparecido. Aún en las diferencias hay un

efecto de transmisión en la medida en que sus relatos explicitan los fundamentos desde la presentación de una clínica testimonial.

Tanto Green para dar cuenta de los casos fronterizos, como McDougall para el caso de los “antianalizandos”, han establecido expresamente que la formulación de estas categorías ha emergido de la dificultad en abordar determinados pacientes desde un encuadre psicoanalítico estándar.

En estos casos la lectura contratransferencial no ha promovido una apresurada recategorización de lo “diferente”, sino que ha movilizado a un profundo análisis sobre la clínica, en donde los obstáculos que se van presentando “causan” en el observador – analista una reflexión sobre sus propios límites.

Veamos en qué contexto Andree Green ubica la emergencia de su conceptualización de los casos “fronterizos”.

“Los analistas aman a los neuróticos porque los hacen a ellos inteligentes: los comprenden; eficaces: a veces los curan; amables: aquí la transferencia positiva domina siempre. Los casos fronterizos los vuelven tontos: no ven nada ahí; culpables: tienen el sentimiento de no merecer sus honorarios; detestables: son más odiados que amados por el analizando ciego a sus esfuerzos, e ingrato, por añadidura.(...) Pero la dificultad principal en la problemática de los casos fronterizos es la incertidumbre de los pertinentes puntos de referencia axiológicos que esclarecieran la estructura oculta, determinante del polimorfismo de los síntomas, de las angustias y de los mecanismos de defensa que intentan luchar contra ellas.” (Green, 1993)

Cuando Joyce McDougall plantea la existencia de lo que llama pacientes anti-analizandos se toma un tiempo para describir las características que ella observa en esta población demarcada por su mirada, y acto seguido se ocupa de realizar una lectura crítica de su contratransferencia a fin de enriquecer su planteo:

“... el afecto que manifiesta (el anti-analizando) es chato y sin matices; la metáfora le es desconocida. La totalidad da la impresión de pobreza de imaginación y así de

comprensión del prójimo. Este doble bloqueo - al nivel del pensamiento y al nivel de la afectividad – nos ofrece pocas perspectivas analíticas que observar, pero dado que el analista es también un buen observador de sí mismo, ¿nos queda la contratrasferencia que de ningún modo esta ausente!”

“Ante todo estos enfermos no nos producen mucho placer en nuestra función de analistas. Además nos culpabilizan, pues resulta difícil calificar de inanalizable a alguien que viene con buena voluntad...”

“Pero antes de abrumar a nuestro paciente estableciendo su invalidez, su incapacidad de aprovechar del único bien que tenemos para ofrecerle, solo difícilmente podemos evitar un primer cuestionamiento de nosotros mismos y de la calidad de nuestro trabajo de analistas. A menos que estemos totalmente blindados contra la autocritica, un poco como el analizando en cuestión, nosotros pasamos ante todo a través de diálogos interiores.” (McDougall, 1982)

Tanto “la incertidumbre de los pertinentes puntos de referencia axiológicos” que postula Green, como “un primer cuestionamiento de nosotros mismos y de la calidad de nuestro trabajo de analistas” que advierte JMD, se convierten en la muestra de una particular lectura de la propia posición del analista ante lo que emerge en la clínica.

Es nuestra intención postular que la aparición de nuevas categorías clínicas no siempre es fruto de tal riguroso modo de observación, sino que muchas veces la premura en ubicar al paciente en determinado nicho nosológico parte de una resistencia del propio analista; quién al resistirse a soportar no “comprender” el caso clínico al que se ve enfrentado se toma de recategorizaciones sostenidas en lo manifiesto de los síntomas. “Nuevas” categorías que responden más a un discurso médico-psiquiátrico que a un discurso psicoanalítico.

La posibilidad de diagnosticar se convierte entonces en un arma de doble filo ó, mejor dicho, en un aliciente a una doble demanda: por un lado resuelve para el analista la zona oscura que el desconocimiento le provoca, reasegurando ficticiamente un “poder-saber”. Por el otro, calma la angustia del paciente, quién ya tiene una

nominación para su malestar, y con ello obtura lo que de ese malestar promueve a interrogarse.

La posibilidad de establecer un diagnóstico presuntivo, con toda la pertinencia que este tiene en el período de prueba freudiano ó en las entrevistas preliminares lacanianas, se convierte así, por ser respuesta a una doble demanda, en un abuso del poder que el analista detenta.

Podríamos agregar una tercera demanda que se satisface, también a cuenta del analista. Sostener un “saber” frente a la demanda del Gran Otro de la Cultura.

Demanda que insiste en un efecto de normativización más que en una búsqueda de singularidad. Se nos pide que seamos breves, económicos, que no resultemos incómodos, que no perdamos tiempo en la profundidad sino que nos aboquemos a la búsqueda de resultados inmediatos. ¿Cuáles es la respuesta de la comunidad psicoanalítica?

Sostener la singularidad de nuestro discurso redoblando nuestro compromiso por la palabra, sin por ello soslayar el contexto cultural en el cual estamos insertos.

¿Ó buscar frenéticamente un *aggiornamento* a fin de no perder el supuesto lugar frente a la oferta de psicoterapias alternativas? Respuesta que en todo caso implicaría renunciar a lo más propio del discurso freudiano: su efecto de subversión, lejos de una búsqueda de normativización.

Es compleja la relación entre el fenómeno psicopatológico, en tanto objeto de estudio u observación, y el sujeto cognoscente, en tanto analista que teoriza al respecto. No sólo por la discutida objetividad de quién describe el fenómeno, como hemos visto. También se agrega un mayor grado de complejidad al detenernos en cuál es el origen del hecho fenoménico observado.

Sergio Albano nos advierte sobre el riesgo de suponer al “*hecho psicopatológico como un fenómeno en sí mismo sin advertir que tal fenómeno no es sino un resultado discursivo. (...) En efecto, no son sino los “discursos” en tanto prácticas positivas los que hacen “aparecer” a los fenómenos, y no los “fenómenos” los que hacen aparecer los discursos...*” (Albano, 2006)

Entre las muchas condiciones que generan el fenómeno psicopatológico podemos entonces ubicar las que son movilizadas por la relación del analista con su contexto sociocultural, la lectura que él mismo hace de su época y los cambios concomitantes. Prosigamos entonces con la relación del analista con la Cultura.

La declinación de la función paterna en la cultura de hoy se ha convertido en la lectura privilegiada que muchos analistas realizan, y así resulta en la hipótesis fundamental para dar cuenta de la aparición de las llamadas “nuevas patologías”. Dicha hipótesis se ha instalado con tal pregnancia en el discurso psicoanalítico que finalmente ha decantado como una verdad que no se discute.

La caída de los ideales paternos se convierte así en una constante que permite explicar una amplia variedad de mostraciones clínicas actuales, desde el incremento de los pacientes inclinados al acting, como el aumento de adicciones, anorexias, bulimias, etc. La declinación del lugar simbólico del padre, y la consecuente pérdida de la impronta de su rol en la conformación de la familia contemporánea, permitirían explicar las deficientes estructuraciones psíquicas en los jóvenes que hoy en día acuden a nuestras consultas.

Es imposible negar la existencia de profundos cambios en las relaciones entre los sexos a partir del siglo pasado, y sus consecuentes efectos en ámbitos como la procreación, el orden familiar, las condiciones de subjetivación.

¿Pero cuál es la función del psicoanálisis frente al advenimiento de lo que se considera un cambio catastrófico?

¿Es nuestra función convertirnos en agentes de un reordenamiento que instaure nuevamente al padre en su lugar?

¿No sería pertinente abrir un espacio de investigación que permita dar cuenta de las nuevas dimensiones de la parentalidad, de la paternidad, de la filiación?

Este escrito solo intenta advertir que la resistencia al propio discurso psicoanalítico se sirve, para entrar en escena, de la premura y de la insistencia en actualizarnos.

Resistencia que, mediante distintos desplazamientos, siempre acecha. Esta vez dentro de nuestro propio medio y detrás de la loable intención de consustanciarnos con nuestra época.

Bibliografía

- Albano, Sergio. 2006. “Arqueología del Psicoanálisis”. Buenos Aires: Editorial Quadrata. Página 12.
- Green, Andree. 1993. “La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud”. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Página 54
- McDougall, Joyce. 1982. “Alegato por cierta anormalidad”. Buenos Aires: Petrel. Página 122. La aclaración entre paréntesis es nuestra.