

COMENTARIO AL TRABAJO DE VIRGINIA UNGAR

El oficio de analista y su caja de herramientas: la interpretación revisitada

Abel Mario Fainstein

2015

Agradezco nuevamente a Virginia haberme invitado a comentar su trabajo prepublicado para Boston.

En función del tiempo disponible no voy a reseñar más que algunos aspectos de su contenido y agregaré algunas reflexiones personales sobre esta temática. Como recordarán , el trabajo tiene una primera parte dedicada a los cambios epocales en la cultura y en la práctica del psicoanálisis y una segunda dedicada especialmente al tema de la interpretación finalizando con una rica confrontación entre dos viñetas de intervenciones suyas mediadas por más de 30 años de práctica.

Me parece central en su propuesta que, partiendo de retomar el concepto de Dispositivo de Foucault, la clínica psicoanalítica es para ella un dispositivo compuesto por una serie inestable de elementos heterogéneos (discursos, instituciones, lenguajes, ideologías, estéticas, etc., explícitos e implícitos, dichos y no dichos), que, como todo dispositivo, nace relacionado con una situación de urgencia o al menos con una situación nueva, y que en este caso varía según el padecimiento y la subjetividad.

Coincido por eso en la necesidad de actualización de las herramientas así como la del encuadre o de los conceptos. En lo que toca a las herramientas se trata para ella del objeto herramienta pero también de la subjetividad de su uso y refiere al conjunto de recursos con los que cuenta el analista “en su caja”. Destaca entre ellos, como imprescindibles los conceptos de lo inconsciente, la transferencia, la neutralidad analítica y la asociación libre.

Funciones materna y paterna, parentalidad, cultura de la imagen, tecnología reproductiva, familias ensambladas son algunos de los temas que recorre la autora en relación a su impacto en la subjetividad, sobre todo del adolescente.

Para nuestra autora, el psicoanálisis tiene por delante definir los mecanismos mentales que prevalecen en nuestra época para así dar cuenta de lo que vemos en la clínica con pacientes jóvenes cuando la sexualidad es muy diferente a la época de Dora o la joven homosexual. Sigue siendo la represión sexual el mecanismo princeps?

Para ella, si en la época victoriana la consigna era ocultar, en la actualidad -con la prevalencia de la imagen y el anhelo “hacerse ver”- la consigna parece ser el mostrar. Sigue a Sibilia en que la intimidad ha pasado a ser un espectáculo haciendo del encuentro psicoanalítico una de las pocas reservas para la misma y cita a Marcelo Viñar (2014) en que si “antes regía el mandato social de castidad y se fomentaba la fobia a la desfloración, hoy rige (en el imaginario colectivo) el mandato de iniciación sexual precoz” .

Aunque reconoce que necesitamos más tiempo para evaluarlo , Virginia arriesga y coincide que aunque la represión siga operando, es posible que el incremento en el uso de mecanismos de disociación, escisión o splitting favorezcan el tipo de interacción mediática por la cual un joven puede dispersar o concentra su atención al estar mirando televisión, chateando, mirando un video corto de YouTube y enviando un SMS al mismo tiempo. Agregaría que quizá sea también estimulados por esos hábitos.

Todo esto hace para ella que muchas veces no encontremos en nuestra caja las herramientas necesarias para nuestro quehacer. Aunque coincido con ello, pienso que parte del problema es que en aras de cuidar el “oro puro” la formación que recibimos y damos jerarquiza las herramientas “tradicionales” por sobre las efectivas que usa cada uno de nosotros en su práctica y muchas veces desconoce los cambios epocales en la cultura a los que el trabajo refiere y que he reseñado antes.

En este sentido, valorizo el trabajo de Gabbard y Westen “Mecanismos de acción terapéutica del psicoanálisis” como el primero que hasta donde conozco ha jerarquizado dejar para un segundo momento definir que es psicoanálisis para tratar de describir los mecanismos con los que opera dicha

práctica. Sigue el pensar de R. Avenburg (1994) acerca de 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.

Virginia parece coincidir con esto cuando , a partir de revisitar el concepto y la práctica de la interpretación hace una reseña de los cambios en su propia forma de hacerlas después de tres décadas de analista.

Lo incluye en un proceso social y cultural más general caracterizada por el cuestionamiento de la autoridad, incluso aquella vinculada con el saber , a lo que me referiré luego, y el crecimiento de las ofertas de alivio rápido del sufrimiento frente al cual una primera reacción podría ser considerar que los efectos han sido necesariamente negativos. Sin embargo, desde su perspectiva, han hecho que el psicoanalista se haya vuelto más sensible a las circunstancias de su entorno y a sus propias resistencias al psicoanálisis y de esta manera se haya permitido revisar críticamente su actitud frente a la tarea y cierto aislamiento prescindente.

Después de recorrer conceptos clásicos de Strachey y Etchegoyen y siguiendo a Susan Sontag que en los sesenta cuestionó la interpretación en el arte por considerarla una tentativa de alteración, el trabajo plantea, y coincido, que vista la extensión actual de nuestra práctica , ya no es posible desarrollar generalizaciones sobre el uso de la herramienta interpretación sin singularizar al paciente, al analista y sus referentes teóricos.

Coincidimos también en que ya no hallamos algo equivalente a “la interpretación correcta”. Escribe Virginia: *Se trataría, podríamos concluir, de una construcción que puede operar y funcionar pero que siempre es tentativa, conjetural y contingente”.*

Trabajando acerca del contenido de la interpretación a lo largo de sus años de práctica nos dice que aunque sigue considerando esencial la interpretación de

la transferencia negativa que era el centro de los comienzos de su trabajo orientada centralmente por el kleinismo de la época, hoy lo hace siempre en contrapunto con los impulsos libidinales que, en última instancia, permiten que el paciente esté en la sesión hablando o jugando con nosotros.

Cuestiona así el “clima de descenso a los infiernos” al poner el foco en la hostilidad por sobre un variado repertorio de ansiedades, modelo que, nos recuerda, Meltzer denomina “teológico” (1984) por suponer que al nacer estamos amenazados de “infierno” y a través de ciertas operaciones mentales, tales como el splitting y la idealización, se emprende el camino del desarrollo.

Me interesó por lo vívido de la descripción, y por coincidir con ello mi propia experiencia, que para Virginia, este clima, y los sentimientos contratransferenciales que implicaba, pudo haber generado apuro por otorgar significación, tal vez porque siempre resulte más apropiado entrar en el infierno con argumentos, que sin ellos, pero que esta tendencia pudo llevar a la génesis de circuitos cerrados de índole paranoide en la interacción analítica.

En el área de la formulación reconoce en si misma una modalidad interpretativa diferente basada más en la posibilidad de observar y describir que en la de explicar que metacomunica una actitud de observación, de reflexión y de conjetura. Formulaciones como : “a mí me parece...”, “yo pienso que” o “podríamos pensar” serían así una invitación a trabajar en forma de conjeturas imaginativas que suponen una opacidad resultante de la imposibilidad esencial de saberlo todo.

Quisiera sumar finalmente a mi puntuación de las ideas de la autora, algunas inquietudes que he formulado recientemente en Docta y que estimo relacionadas con el planteo de Virginia.

Volviendo al tema del saber del analista, 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.

Estas propuestas dan cuenta , a mi entender, de la necesaria negativización del analista como condición de la cura.

Sin embargo, tal como adelanta Virginia, hoy , ante la ampliación de nuestro campo clínico, el analista debería poder hacer algo más que atender en forma libremente flotante. Sobre todo en pacientes con dificultad para asociar libremente. 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 construirlas.

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 psicosomáticos, 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.

Teniendo en cuenta que en mi experiencia, las formulaciones que acentúan la transmisión de la experiencia de lo lcc y 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 sumando consideraciones acerca de cómo la neutralidad puede ser relativizada sin perjuicio de estar abierto a lo nuevo y sorpresivo 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.

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.

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: indiferencia supone aquí 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 lcc. del paciente, como así también del mismo analista.

Mi opinión es que instrumentos como el enactment, la actuación de roles, y en general las expresiones de la contratransferencia, dan cuenta de lo lcc 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 sorpresivo, o inesperado de las producciones de lo lcc y/o la posibilidad de su análisis. No descarto con ello la motivación lcc., 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 lcc. a lcc. que busquemos 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.

En que medida la transferencia necesita de la neutralidad? 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".

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.

No se trata pienso de abstenerse de confrontar con un paciente sus puntos de vista, o de intervenir a veces en algunas decisiones.

Recordemos que 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.

Me he referido ya a mi acuerdo con Gabbard y Westen (2003) acerca de la necesidad de describir lo que hacemos dejando para un segundo momento “cuidar” si es psicoanálisis como una forma de dar cuenta de la actualización de herramientas que de hecho usamos o de las que necesitamos modificar o agregar.

Estos autores destacan varios mecanismos de acción terapéutica que muchos de nosotros podremos reconocer en nuestra práctica pero que raramente se incluyen entre las intervenciones del analista por ser “extraanalíticas”. Por su parte, y a propósito de la interpretación, incluyen una especificidad en relación a redes de defensas y formaciones de compromiso que suponen un saber del analista al que me referiré enseguida.

Para ellos se trata de

- 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, tal como lo dice Virginia, subyacen modelos teóricos.

Partiendo de mis coincidencias con sus puntos de vista sumaré a esta temática aportes de Dennis Duncan y de L. Friedman, través del trabajo sobre su obra escrito por N. Kravis (2006).

Teorías en la clínica

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.

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 lcc. 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 lcc. 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 un 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 identificadorio.

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”.

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.

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. Parte de la base que cada análisis es único, pero en nuestra práctica hay elementos comunes.

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?

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 y en la dirección de la cura.

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.

Piensen 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.

Coincido aquí con Duncan (1987) que deberíamos proponer un “diálogo vago” con las distintas autorías y no una sujeción a las mismas.

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 lcc., y aparece entonces en una segunda instancia tratando de poner en palabras el camino recorrido.

Ahora bien, si el psicoanálisis es un método de investigación, 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 perverso 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 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 finalmente 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.

Espero haber hecho justicia al estímulo que significó para mi el trabajo de Virginia y le deseo toda la suerte en Boston. En todo sentido.