

EL PATHOS POST-REPRESIVO Y EL IMPASSE TERAPÉUTICO.

ESTEBAN FERRÁNDEZ MIRALLES



Congreso del CPM, Salamanca 2019.

I

“El psicoanalista no es capaz de curar sin quedar implicado en la transferencia y, por ende, en la enfermedad misma”.

*J. Benjamin.
Kafka y la transferencia.*

“Volver a Spinoza – como el propio Deleuze propone – para renunciar al cuerpo hipocondríaco y politizar el afecto”.

*H. Chavez Mc Gregor.
Devenir intensidad
versus la economía del gasto.*

El objetivo de este trabajo es explicar cómo, en nuestra opinión, la **patología imperante en la Viena de la época victoriana**, aquella que Freud describió magistralmente en sus Estudios sobre la histeria, **no es más la patología dominante en esta época de capitalismo tardío o semiocapitalismo**. Como ya hemos señalado en un trabajo aún no publicado: **“El psicoanálisis enfrenta los cambios en los modos de representación, de vinculación y por ende el pathos que caracteriza a esta época de semiocapitalismo globalizado”**. Las formas de expresión que toma el sufrimiento humano no pueden pensarse aisladas de su contexto social e histórico, de lo contrario corremos el riesgo de caer en su naturalización. Del mismo modo **la relación terapéutica** no permanece inalterable, va transformándose inevitablemente, es el resultado de procesos complejos de adaptación a los cambios, atravesados por tensiones, contradicciones, luchas de poder y de reconocimiento. Atravesado por esas tensiones que Benjamin define como la necesidad de autoafirmación del Yo y la necesidad de reconocimiento del otro y que también varían en función de la subjetividad.

En esa relación hay dos aspectos básicos a considerar, el primero ya mencionado se refiere a la evolución de las formas de manifestarse el sufri-

miento, es decir, la psicopatología. El segundo es el papel cambiante que va desempeñando el analista, el terapeuta, en el proceso. Sobre estos temas queremos incidir con algunas reflexiones al hilo de nuestro trabajo.

II

El lugar que ocuparon las neurosis en la psicopatología del siglo XX va dejando paso a nuevas formas de expresión, representación, vinculación y sufrimiento. Los modos de expresión del malestar, los cuadros psicopatológicos, son formaciones de la subjetividad y como tales no pueden entenderse fuera del contexto en el que surgen, también implica que son formaciones históricas, temporales, con caducidad. **La psicopatología no es algo eterno, inmutable, natural o predeterminado.** Si nos fijamos en la ciencia psiquiátrica oficial no se nos escapa el continuo movimiento conceptual y político entre las distintas ediciones del **DSM** de la **APA**.

Al mismo tiempo y desde diversas posiciones psicoanalíticas, también son numerosos los autores que intentan dar cuenta de los cambios habidos en la psicopatología, probablemente a partir del final de la segunda guerra mundial. Tomamos esa fecha porque nos parece que la aparición del trastorno por stress postraumático marca un hito en este proceso de cambio.

Destacaremos solo algunos trabajos que nos han llamado especialmente la atención, desde las “*Nuevas enfermedades del alma*” de **Julia Kristeva**, pasando por la “*Clínica del vacío*” de **Recalcati** o “*Las neosexualidades*” de **Joyce McDougall**, que utiliza ese neologismo para intentar evitar las connotaciones morales negativas. **Luis Hornstein**, también ha escrito repetidamente sobre la clínica narcisista, una clínica que pone en jaque al psicoanálisis como también lo hace sus “*rémoras teóricas*”. Finalmente **Yago Franco**, quien habla de la clínica *border line* como el paradigma clínico de la época. **Creo que muchos compartimos la opinión, de que los trastornos de la personalidad, incluido el trastorno límite de la personalidad, son una respuesta patológica prevalente a las**

condiciones en que se desarrolla la subjetividad de nuestra época.

Vamos a tratar de reflexionar un poco sobre esa subjetividad, cuya influencia en el psiquismo y por ende en la psicopatología, nos parece innegable:

Condiciones de representación y subjetivación del semiocapitalismo en que vivimos:

¿Cómo nos podemos representar a nosotros mismos en el mundo? ¿Quién soy? ¿Qué objetivo vital tengo, si tengo alguno? ¿Qué quiero? ¿Es eso plausible de conseguir?...

Ya se trate de déficits precoces en la constitución del psiquismo, de microtraumas repetidos, de fracasos en el sistema de apego, de dificultades identitarias o de exigencias superyoicas de goce insoslayables, lo que resulta innegable es la transformación de la subjetividad operante a partir del final de la guerra fría, del fin de los grandes relatos sociopolíticos, de la globalización de la economía, de la reducción drástica del estado del bienestar y del cambio de un mundo analógico por un mundo digital y virtual.

El tema de la subjetividad encuentra en **Castoriadis** un gran visionario. Castoriadis dice que hay una crisis del sentido, en los términos en los que él lo expresa: *una crisis de las significaciones imaginarias sociales*. El imaginario social sería el contexto en el cual surge la subjetividad. Como apunta Yago Franco, un discípulo aventajado, las significaciones imaginarias sociales determinan modos de representar, hacer y sentir socialmente compartidos. El problema es que estas significaciones imaginarias “*ya no proveen a los individuos las normas, los valores, las referencias y las motivaciones que les permiten, a la vez, hacer funcionar a la sociedad y seguir siendo ellos mismos...*” En concreto afirma Castoriadis: “*Ya nadie sabe hoy en día lo que es ser ciudadano... nadie sabe siquiera lo que es ser un hombre o una mujer... nadie sabe qué es ser una madre o un padre*”. Los problemas identitarios que marcan gran parte del malestar del sujeto hoy, y no pocas convulsiones sociales, son diagnosticados *avant la lettre* por este sesentayochista destacado.

Esto es lo que probablemente le hace decir a **Silvia Bleichmar [1]** que nos enfrentamos a un estallido o a un desmantelamiento de la subjetividad. En un pequeño pero denso texto señala que **el psicoanálisis corre el riesgo de sucumbir pero no porque deje de ser útil o beneficioso socialmente, sino que moriría “implosionado por sus propias contradicciones internas, ante la imposibilidad de abandonar los elementos obsoletos y realizar un ejercicio de recomposición de la dosis de verdad interna que posee”**.

En esta pesquisa por los avatares de la subjetividad contemporánea voy a tomar algunos referentes a tomar en cuenta para pensar las significaciones imaginarias que conforman la subjetividad: **Paula Sibilía [2]** es una antropóloga argentina que viene reflexionando sobre el tema hace tiempo. En *El hombre postorgánico* dice: “*El cuerpo humano, en su anticuada configuración biológica, se estaría volviendo obsoleto*”. El cuerpo no soporta los cambios tecnológicos, la aceleración, el ritmo cada vez mayor de los actos sociales, productivos, reproductivos... Se impone un ideal de cuerpo cibernético que trascienda los límites, que pueda producir, trabajar, consumir 24/7 sin descanso.

El sueño es una interrupción del ciclo de consumo, una interrupción incómoda para el sistema, esto lo sostiene **Jonathan Crary [3]**, profesor de historia del arte moderno, en su texto *24/7*. El capitalismo al asalto del sueño, donde nos advierte que *dormir es una interrupción intransigente contra el dominio del capitalismo*. **El sueño entonces sería como un robo** que perpetramos contra el capitalismo, de ahí que haya una erosión general del sueño: el sistema necesita máquinas que no se paren y a las cuales el sujeto se conecte 24 horas. No es casual que un analista tan perspicaz como Darian Leader haya dedicado su último libro a los trastornos del sueño. Dice Leader en su ensayo, que *el sueño se ha convertido en algo que puede*

manipularse, se lo puede provocar o suprimir, pero no con el fin de mejorar la vida de las personas, sino como modo de incrementar la productividad.

Por eso el modelo de capitalismo que disfrutamos, sin tiempo para la privacidad, sin espacio para la intimidad... se perfila perfectamente en twitter: tiene usted un máximo de 140 caracteres para decir lo que siente, lo que piensa, lo que es... **no hay espacio, no hay tiempo para más**, bueno ahora hay 280.

Otros autores como **Luciano Concheiro, Harmut Rosa o Franco Berardi nos señalan la dificultad para nuestro cerebro de seguir el ritmo impuesto por el mundo... o para nuestra subjetividad**. No somos capaces de seguir el ritmo del mundo, de las innovaciones, de la velocidad, de los cambios... Para **Concheiro vivimos una época de sujetos dispersos, estrellados, ansiosos, deprimidos, necesitados de sustancias estimulantes, que siempre están de prisas**. El *turbocapitalismo*, como lo denomina el autor mejicano, se presenta necesitado como nunca antes de la velocidad para mantener los ritmos de crecimiento y las exigencias de ganancia [4]. A este propósito dice Berardi: “*And in the dissonance between the speed of the world and the slowness of the mind there is a suffering, which is the dark side of desire* [5]”.

En esa línea argumental, **Harmut Rosa [6]**, representante de la escuela crítica de Frankfurt, dice del sujeto que *siente que se le acaba el tiempo, que necesita un tiempo que no tiene*. Que quiere hacer cada vez más y en menos tiempo. Rosa dice que esta *modernidad tardía que vivimos se caracteriza por un proceso de aceleración continuo...*

Tenemos un cuerpo obsoleto, **no podemos perder el tiempo durmiendo**, tenemos que ser capaces de ir cada vez más rápido, sentimos que nos falta tiempo y finalmente como señala **Yago Franco [7]**,

[1] Bleichmar, S.: Sostener los paradigmas desprendiéndose del lastre. Una propuesta respecto al futuro del psicoanálisis. Aporturas psicoanalíticas. 6. 2000.

[2] Sibilía, P.: El hombre postorgánico. FCE, Buenos Aires, 2006.

[3] Crary, J.: 24/7. El capitalismo al asalto del sueño. Ariel, Barcelona, 2015.

[4] Concheiro, L.: Contra el tiempo. Anagrama, Barcelona, 2016.

[5] Berardi, F.: Futurability. Verso, Londres, 2017.

[6] Rosa, H.: Alienación y aceleración. Katz, Barcelona, 2016.

[7] Franco, Y.: Paradigma borderline. De la afánisis al ataque de pánico. Lugar Editorial. Bs As, 2017.

nos llegan propuestas de goce sin límites, “*como si fuera el último día*”, repiten como una coletilla muchos adolescentes. Todo esto, añade Franco, nos impide pensar con claridad.

Sobre el terreno del pensamiento precisamente Bateman y Fonagy han hecho la piedra angular de su propuesta: *La mentalización, un eje para pensar la subjetividad y la psicopatología actual*.

El sujeto actual tiene dificultades para pensar, para sentir, para reconocer al otro.

Quiero comenzar esta última reflexión con un retrato que hace **Luis Hornstein [8]** del paciente actual: “*Nuestro paciente presenta un cóctel con algunos de los siguientes indicadores: oscilaciones intensas de la autoestima y desesperanza, apatía, hipocondría, trastornos del apetito y del sueño, ausencia de proyectos, crisis de ideales y de valores, identidades borrosas, impulsiones, adicciones, labilidad en los impulsos, síntomas psicósomáticos*”.

Estos cambios en la subjetividad, con sus efectos sobre el psiquismo y la psicopatología, concluyen en una necesaria revisión de las funciones del terapeuta, al menos del terapeuta psicoanalítico. De la interpretación bajo transferencia, en el modelo clásico del psicoanálisis, dentro de un universo donde el exceso de simbolizaciones era reprimido por el yo del paciente, sometido a su *triple vasallaje – realidad, superyó, ello* – hemos evolucionado hacia un contexto intersubjetivo, donde la relación terapéutica es el pivote central que regula las transformaciones que operan tanto en los pacientes como en los terapeutas.

Creo que la implicación subjetiva del analista en el proceso terapéutico está significando la mayor transformación de la relación terapéutica balizada por la aparición del famoso texto de Paula Hei-

mann sobre la contratransferencia. En este proceso el concepto de resistencia, atribuido al paciente, o al analista en las versiones más avanzadas de Lacan, da paso al reconocimiento de la relación terapéutica como una relación intersubjetiva, no una relación sujeto objeto, donde sin abandonarnos a una simetría ingenua, es cierto que la inclusión de la subjetividad del terapeuta supone una transformación radical de la comprensión del proceso terapéutico. Ambos son sujetos, ambos son durante el proceso objetos para el otro, las relación intersubjetiva no es un presupuesto de partida, es un objetivo que se alcanza y que se pierde inevitablemente a lo largo del tratamiento. Allí donde hay objetos, deben advenir sujetos, dice Benjamin [9] parafraseando a Freud.

El otro elemento decisivo en este proceso de transformación del psicoanálisis al que asistimos, es la restitución de subjetividad al paciente, lo cual implica necesariamente la reconsideración de las funciones del terapeuta. Dejar de ser el otro del paciente, el otro para el paciente, para ser qué... Comprendo la angustia que ha de sentir el clínico, **Jessica Benjamin** la retrata muy bien en su texto *La sombra del otro*.

En este texto la autora neoyorkina analiza un pequeño texto de Kafka – *Un médico rural* –, que describe en un clima surrealista y enigmático la relación médico paciente. Es un texto muy recomendable que hace concluir a Benjamin: “*El psicoanalista no es capaz de curar sin quedar implicado en la transferencia y, por ende, en la enfermedad misma*”. **Cuando el analista queda atrapado en la enfermedad**, cosa que ya había percibido Freud al señalar que pasamos a formar parte de las imagos del paciente, **entra en una relación de complementariedad**, en la cual inevitablemente **deposita en el paciente aquellos aspectos rechazados en sí mismo, que obstaculizan la terapia**, el más evidente es el de **atribuir al paciente un deseo no reconocido de fracaso**.

Harold Searles ha llevado esta dificultad a su ex-

[8] Hornstein, L.: Desafíos del psicoanálisis: los sufrimientos actuales. TERCER CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Internet.

[9] Benjamin, J.: Los lazos de amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación. Paidós. Buenos Aires, 1996.

tremo cuando escribe “*El esfuerzo por volver a la otra persona loca*”, donde nos relata su trabajo con pacientes esquizofrénicos, y las experiencias que percibe en el intento de sostener y reparar los vínculos de esos pacientes. Constata la existencia de sentimientos encontrados en algunos padres de pacientes esquizofrénicos, pero también en él mismo como terapeuta. El punto de partida de Searles ya se anticipa crucial:

“Mi experiencia clínica me dice que el individuo se vuelve esquizofrénico en parte debido a un esfuerzo prolongado, en gran parte o totalmente inconsciente, por parte de alguna persona o personas muy importantes en su educación/crianza, para volverlo loco [10]”.

Esto lo publica en el año 1959, y nos sitúa frente a una propuesta etiológica muy particular, que posteriormente completará con otros elementos hasta comprender una etiología multicausal. Lo relevante, lo que me importa subrayar ahora, es que **esta etiología se ve completada por un análisis de las dificultades principales del terapeuta en la clínica con pacientes esquizofrénicos**, tales dificultades se sintetizan en este párrafo:

“Estar preparados para enfrentar sus propios conflictos entre los deseos de ayudar al paciente a estar mejor integrado (es decir, más maduro y más sano) y, por otra parte, los deseos de aferrarse al paciente, incluso de destruirlo, a través del fomento de la perpetuación de la enfermedad, o de su empeoramiento, el estado de integración pobre [11]”.

Para Searles se llega a esta situación, que intento cotejar con mi idea previa del impasse terapéutico, principalmente por dos razones, una es la relación

simbiótica establecida con un paciente psicótico. La otra es la desesperanza en la marcha del proceso terapéutico. Estas dos razones son las que conducen en su opinión a que: “*cada uno está luchando inconscientemente para conducir, o quizás, más exactamente, para mantener loca a la otra persona, para que pueda aferrarse a este modo de relación simbiótico altamente inmaduro y, por lo tanto, ‘enfermo’, pero profundamente gratificante*”.

Damos un gran salto y nos vamos al año 1988 cuando Benjamin publica *Los Lazos de amor*. En el capítulo dos, *El amo y el esclavo*, introduce la idea de la complementariedad. Entendida esta como un fracaso del compartir intersubjetivo, del reconocimiento del otro como semejante y diferente a la vez. Ese fracaso en la diferenciación conduce a otros procesos que podemos pensar a partir de la identificación: **procesos de internalización del otro, de ser alguien para el otro, de ser el otro para no perderlo, de ser como el otro para merecer su amor**. Todo eso se englobaría bajo el nombre de complementariedad. La complementariedad tiene su origen en la relación **madre – hijo**, y en los fracasos en la transformación de esa relación. **El fracaso de convertirla en una relación de mutualidad, de reconocimiento mutuo**. Esto lo ha explicado detalladamente la autora y no me puedo detener en ello ahora.

Consideramos con Benjamin que este es un proceso mutuo, de dos vías, de ida y vuelta, las depositaciones son mutuas. Por la misma razón que ambos esperan algo del proceso terapéutico. A menudo eso que esperan no es coincidente, incluso incompatible.

Entonces lo que ocurre es que **les invade la sensación de estancamiento, bloqueo, incompreensión y comienzan a culpabilizar consciente o inconscientemente al otro como responsable del conflicto**.

[10] “My clinical experience has indicated that the individual becomes schizophrenic partly by reason of a long-continued effort, largely or wholly unconscious effort, on the part of some person or persons highly important in his upbringing, to drive him crazy.”

[11] “... be prepared to face his own conflict between desires to help the patient to become better integrated (that is, more mature and healthy) and desires, on the other hand, to hold on to the patient, or even to destroy him, through fostering a perpetuation or worsening of the illness, the state of poor integration”.

El terapeuta a menudo reprocha al paciente las dificultades del tratamiento: el paciente no quiere curarse, o bien está atrapado en resistencias que no puede superar, o tiene dificultades para simbolizar que le impiden aprovechar los recursos de la terapia y del terapeuta.



A diferencia de otras versiones del psicoanálisis relacional que pecan de cierta ingenuidad, creo que hay que precisar este momento como paradigmático del proceso terapéutico. Esta complementariedad es un momento inevitable, creo que todos los analistas destacados de la historia han intentado pensarlo desde sus coordenadas y su experiencia, desde el mismo Freud en Dora –cuando reconoce parcialmente su fracaso al no ser capaz de manejar la transferencia, pasando por Ferenczi y sus ensayos de análisis mutuo, también Winnicott señalando cuando habla para que el paciente sea consciente de todo lo que él como terapeuta no está comprendiendo, hasta el mismo Lacan con su atravesamiento del fantasma y la transformación del analista de causa del deseo a residuo, resto desechable.

¿Qué aporta de nuevo esta relectura benjaminiana del impasse terapéutico?

Ante todo me parece que retoma un problema que ya Freud plantea en Análisis terminable e interminable, el problema de esos límites que parecen infranqueables en la terapia. Luego diría que

ella sitúa el problema en todas sus dimensiones: durante mucho tiempo la responsabilidad de ese momento se depositaba sistemáticamente en el paciente, y aún si concernía al terapeuta, la solución había que buscarla fuera, en el propio análisis del analista o en el recurso a la supervisión del caso, pero nunca donde se había producido.

Con Benjamin la solución hay que encontrarla dentro de la relación terapéutica, y no sólo la responsabilidad es compartida, sino que además va a proponer que quien está en mejores condiciones de desbloquear ese nudo gordiano es el analista. El concepto que introduce a este propósito es del de *cesión*, traducción del inglés *surrender*. Rendición o entrega son traducciones menos apropiadas a mi modo de ver.

Se trata de un concepto que Benjamin toma de **Enmanuel Ghent [12]**, para el cual se trata de una necesidad primordial del sujeto, la de reintegrar los aspectos escindidos del *self*. Para nosotros será la reintegración de la relación entre terapeuta y paciente. El término *surrender* nos interesa porque aborda el problema de la sumisión. Se trata, no de ceder ante el otro, sino de ceder, rendirse al tercero analítico, una cesión que permite la recuperación de una relación rota. Por qué, porque implica la posibilidad de reconocimiento del otro como semejante y diferente de mí. Para Ghent la cesión no es sinónimo de derrota, de alzar la bandera blanca, se trata más bien de un momento de expansión del yo que se libera de barreras defensivas.

Para Benjamin se trata de la vergüenza del terapeuta cuando tiene que intentar romper ese bloqueo, ese funcionamiento complementario, y para ello tiene que aceptar que ha habido una actuación extemporánea por su parte, o un error, o una incomprensión.

No nos podemos extender aquí sobre cómo la relación terapéutica, se sostiene del entonamiento afectivo que describe **Daniel Stern** y del tercero analítico, concepto que otros compañeros han explicado anteriormente. Pero se trata de aceptar que

[12] Enmanuel Ghent es un psicoanalista quebecois, que hace su carrera profesional en la William Allanson White de Nueva York, formando parte de los creadores del postgrado en psicoanálisis relacional. Se puede consultar su trabajo *Masochism, Submission, Surrender: Masochism as a Perversion of Surrender* en la revista *Contemporary Psychoanalysis*.

en la práctica de nuestro oficio, el daño es inevitable. Estoy de acuerdo en la no retraumatización del paciente, en el peligro de la iatrogenia, no obstante como ya dijo Freud, nadie puede ser conde-nado... ni tampoco curado, *in absentia* o *in effigie*. Es decir, es inevitable reabrir las heridas para curarlas. **Lo que retraumatiza al paciente en cualquier caso, no es el error, la actuación, el *enactment* del analista, sino su negativa a reconocer que es parte implicada en la marcha del proceso terapéutico.**

Sin embargo esto no ocurre como parte de un plan preconcebido por el terapeuta, sino como resultado inevitable del encuentro y de su humanidad. Creo que **Laplanche** es consciente de esto cuando introduce su concepto *seducción traumática generalizada*. El dice que el encuentro entre la madre, con su inconsciente adulto y sexualizado, y su bebé – con su inconsciente *in statu nascendi* –, inevitablemente tiene un carácter traumático.

Volvamos al encuentro entre analista y analizante: Por todo lo dicho, **cuando reconocemos al paciente la experiencia por él/ella sentida, de haber provocado con nuestra intervención la reapertura de la herida original estamos, en efecto, invitando a la parte abandonada, vergonzosa y herida a ser más audible, porque somos capaces de escucharla.** Y haciendo esto impedimos que se repita la vivencia en la que el abusador adulto negaba la realidad del niño, esto podríamos decir que sí es retraumatizador.

Hemos querido con estas disquisiciones mostrar como pensamos el camino para poder salir de los atolladeros a los que nos conduce inevitablemente la práctica de la clínica, un camino que toca emprender juntos o no funcionará.

ESTEBAN
FERRÁNDEZ MIRALLES
