

## ACTA UCES

### Reuniones del foro Marzo –mayo 2007

En estas Actas se transcribe lo tratado en las reuniones del Foro del 1er. trimestre de 2007.

°- Se plantea que los escollos clínicos, en el trabajo con pacientes perverso- narcisistas, nos ponen en situación de repensar los circuitos pervertidos, en los que se resignifica lo transgeneracional condensado en aquellas escenas revividas en el vínculo transferencial. Se pone el acento en lo intersubjetivo que se juega en dicho vínculo, y la problemática que se presenta al estar tan en juego la propia subjetividad del analista.

°- Se revisa material de R.Kaes, y se rescata su utilidad para un abordaje de situaciones clínicas complejas. Este autor plantea que cada grupo construye un **organizador psíquico** inconciente, a partir del cual se despliega determinada escena. En análisis de grupos familiares, consideramos que es a partir de esa escena, que funciona como organizador en una familia, que es posible hacer diagnóstico. El verdadero sufrimiento no siempre es aquel del que se habla: puede suponerse que hay sufrimiento donde lo que impera realmente es un organizador inconciente.

“Nosotros no podemos estar fuera del vínculo, debemos entrar en el régimen de alianzas y esto por dos razones: para ser parte de la comunidad, para asegurar nuestro sistema de defensa y un nivel metaindividual.”(pág 146) Las **alianzas inconcientes** son el cemento de la materia psíquica que nos liga los unos con los otros. Correlativamente las alianzas inconcientes fabrican una parte del inconciente de cada sujeto, cada uno de nosotros es sujeto de tales alianzas”. Nos preguntamos entonces de qué modo entramos nosotros como analistas, en estructuras donde se juegan vínculos de complicidad, detectar qué no pasa desde nuestra subjetividad y cómo salir de ese entrapamiento propuesto por dicha estructura.

Surge el interrogante: ¿complicidad o alianza? *La complicidad* se puede definir en términos de las alianzas vinculares, cuando predomina una tendencia a la pervertización del vínculo. Por otro lado se diferencia la complicidad de la complementariedad, soportando esta última la tensión de la diferencia. El analista resiste a la estructura de complicidad para lograr que se produzca o se relance la situación de complementariedad.

° -Se reflexiona sobre los vínculos de pareja, y la pérdida en ciertas parejas de la condición de separabilidad. Cuando en una pareja se pierde dicha condición, comienza la impunidad. Nos remite necesariamente a trabajar en estos casos sobre temas relativos al narcisismo y el apego al negativo: cuando el dolor es el último testimonio subjetivo del objeto no habido.

°- (Se plantean casos de atención telefónica y se reflexiona sobre las condiciones adecuadas para sostener un tratamiento con estas características: Se discute sobre temas relativos a frecuencia, el valor de los silencios, las condiciones para aceptar este tipo de contrato, tipo de intervenciones, cantidad de tiempo de la sesión telefónica, posibilidad de autorizarse en una legalidad, efectividad del recurso- etc.)

°- Se plantea que es preciso generar las condiciones que posibiliten en estos pacientes que aquello que iría a la descarga, somática o en acto, pueda sostenerse y aparecer un contenido representacional, logrando un cierto **acceso a la figurabilidad**.

A partir de este planteo inicial se abren dos temas: lo **co-alucinatorio**, en transferencia, como primer momento necesario en la construcción del camino a la figurabilidad y por otra parte: la manera en que el analista **resiste el ataque a la empatía**.

- *Kaes habla de de subjetivacion y conjunción de subjetividad, y en la misma línea Roussillon habla de apropiación subjetiva de experiencias que no tuvieron una inscripción inconiente. Cada sujeto porta una marca de la experiencia alucinatoria, el reinvestimento alucinatorio es de la experiencia vivida. Huellas que corresponden incluso a momentos previos a llegar a la experiencia de satisfacción, hay una experiencia alucinatoria en búsqueda de... Esta marca es pre-subjetiva, pre -ontológica y atópica. Roussillon dice que el automatismo de repetición consiste en que todo aquello que no tiene inscripción pulsa en su búsqueda; es esa experiencia la que por un reinvestimento alucinatorio va a buscar.*

- A partir de estos conceptos de Kaes y Rousillion, E.Grinsson propone que en ciertas situaciones de mucho malestar con un paciente se crea un circuito, una espacialidad inconsciente arcaica y primaria; y desde la percepción del analista de ese malestar, que no se descarga, aparece un producto que tiene que ver con una

búsqueda alucinatoria; Este proceso en el analista opera de continente inconciente para que en ese paciente haya un reinvestimiento, una búsqueda re-alucinatoria y puede entonces aparecer un contenido diferente, un producto, una palabra o una imagen del analista, después de un momento toxico, tenso, molesto, visceral.

Sostiene Grinspon que es el ámbito intersubjetivo el que posibilita que eso inconciente se ponga en circulación, de modo **co-alucinatorio** y que repentinamente emerja un contenido que asombra al analista o al paciente; contenido que es el producto de ese reinvestimiento. Se crea un tipo de **apuntalamiento mutuo de narcisismos**, por eso habla de **disponibilidad inconciente narcisista** del analista que hace que *uno pueda recibir inconcientemente algo que circule en el espacio inter-narcisista*.

En la transferencia el analista registra situaciones de malestar y de tensión; mantenerse en ese estado de malestar permite el surgimiento de alguna intervención muchas veces no pensada, y a posteriori puede asociarse lo dicho con algo que tiene que ver con parte de la propia historia personal. Algo pulsa en negativo, un organizador en ausencia que tiene que ser significativo para el analista, que debe apelar a su capacidad alucinatoria, que en el paciente no existió o existió deficientemente. Se entra así en un *interjuego alucinatorio* con el paciente.

Surge la discusión siguiente: lo que surge en el analista es propiamente una alucinación? aunque cobre la forma de una *vivencia alucinatoria* (como una voz que le habla, o un destello luminoso, o una sensación olfatoria), eso ya no sería una alucinación, sino una representación. No es una situación psicótica compartida en el marco del análisis; el analista entrega su capacidad y disponibilidad alucinatoria para que esos indicadores vayan conformando una futura representación capaz de ser verbalizada. Se sostiene que la capacidad alucinatoria del analista está conservada y es puesta al servicio de ese paciente. Pero cual es el momento propiamente alucinatorio?

Se puede pensar que ese espacio o actividad co-aucinatoria *es previa* a ese registro perceptual (destello, olor...), que ya nos hablaría de un soporte representacional. Es en el momento en que registramos algo, a través de la descarga del afecto del otro, que se estaría desplegando una actividad alucinatoria *en búsqueda de...* En la base

hay una captación empática del estado afectivo del paciente. Captación no conciente, sino registrada desde ese espacio intersubjetivo; y que puede aparecer si el analista simplemente espera, sin actuar ni reducir el malestar y la tensión que el paciente promueve.

No solamente nos topamos con retornos de lo reprimido en estos pacientes, sino esencialmente con retorno de lo desestimado, de lo desmentido, de lo clivado, y el trabajo de lo secretado. Hay algo no alucinado por el paciente, que pugna por llegar a alucinación y no lo logra, y sí alucinado por el analista.

- Se sostiene que es un tipo de transferencia muy particular, una capacidad de reverie particular. Se trata, en definitiva, de la captación empática del estado afectivo del paciente.

Se habla de tolerar el malestar y esperar, porque el problema con estos pacientes es que **atacan la empatía del analista**. Y cada paciente puede hacernos responder de forma diferente, en la medida que vamos conociendo nuestras propias reacciones y animándonos a diferentes recursos: diferentes modos de rescatarnos del ataque a la empatía que estos pacientes producen. En estas patologías graves el analista no puede estar fuera de la alianza inconciente, o sea que uno se ofrece en función de la propia experiencia subjetiva.

°- El planteo que surge al trabajar perversión es el tema de la **humanización**. ¿El perverso es humano o no lo es? El perverso es humano, y su analista lo puede entender posicionándose desde sus propios sectores perversos o perversizables, si puede recibirlos y no asustarse, pensándolo como un ser humano con una solución perversa.

Un sujeto que sobrevivió sin un otro significativo y sobrevive usurpando el narcisismo a costa de otro, en la transferencia no va a ser diferente: sólo nos va a mostrar su modo de sobrevivir. Es el analista quien tiene que encontrar de qué modo rescatar lo mejor de él, lo que aún pulsa en latencia.

Hay que poder tolerar el exhibicionismo, tolerar escuchar cosas fuertes, desagradables, impactantes. Llamando *humano a la bestia*, lo instituyo humano.

Y es de esta perspectiva de humanizarlo que puedo ir ampliando la escucha. Más allá de lo perverso, aparece la desesperación, el vacío y hasta vivencias suicidas.

Estamos hablando de pacientes que nos implican y nos exigen una exposición subjetiva mayor: se amplía la escucha de ciertas problemáticas desde un lugar de descubrimiento propio, por el proceso subjetivo de cada uno de nosotros frente a nuestra propia vida, que nos hace más dispuestos a escuchar lo que en otro momento por distintas razones excluíamos del contexto del análisis.

### Disponibilidad narcicista del terapeuta

¿Que caracteriza que un analista tenga esa disponibilidad? ¿Qué es lo que permite que uno pueda recibir eso difícil de recibir? Surgen algunos intentos de respuesta a este interrogante:

1) El modo en que cada uno transitó situaciones muy graves en su propia vida. Un analista se posiciona frente al paciente de acuerdo a su historia, su trayectoria, su formación, y también puede suceder que cambie de posición a partir de situaciones no conciente ni estratégicas

2) Capacidad de renuncia. Relacionando el concepto del espacio co-alucinatorio con el vínculo temprano madre-hijo, suele decirse que una madre en los primeros tiempos de vida del hijo lo percibe cuasi psicóticamente. Se plantea que hay un lugar de renuncia narcicista, un corrimiento de algo de sí misma, en favor de la percepción de lo que sucede en ese otro: debe por ej. renunciar al deseo de dormir cuando el bebe llora por hambre, pero más allá de eso, debe renunciar a ser *his majesty the baby* para ser madre o padre, cumplir esa función. Se señala que siempre que hablamos de estos pacientes, se pone en cuestión lo más arcaico, el modo que se estructura el narcisismo primario.

Surge la siguiente discusión: hay renuncia.? Se propone que la renuncia es a lo inmediato, porque la madre acepta la demora del circuito largo y hay una vuelta narcicista a través del hijo, hay un recupero de otro tipo. Se habla de una renuncia parcial, sería un aplazamiento narcicista; Por otra parte, el mismo acto psíquico de subjetivación que tiene el bebe cuando la mamá comprende el llanto transformándolo en un llamado, es al mismo tiempo acto psíquico que inaugura el ejercicio de la parentalidad; así como el bebe subjetiviza esa experiencia, eso mismo se puede aplicar a los padres en el nacimiento del ejercicio de su

función. Habría una renuncia a la satisfacción directa de la pulsión pero no una renuncia al recupero libidinal.

La capacidad de identificación del ser humano nos permite ponernos en el lugar del otro. Así como no toda mujer ni todo hombre tienen esa disponibilidad, no todo terapeuta tiene posibilidad para escuchar toda patología. Si cada madre tiene un registro particular de su bebe, en una apoyatura mutua de narcisismos, hay situaciones personales de cada analista que hace que ante situaciones singulares de ciertos pacientes se pueda poner en juego un *tipo de apuntalamiento mutuo de narcisismos*, en un registro no conciente ni estratégico.

Todos atravesamos el dolor pero qué es lo que hizo cada uno con eso?: Las evoluciones clínicas son diferentes de acuerdo a cada analista. La madre pasó por esa misma situación en la que está el bebe, se vuelve a armar un nuevo circuito, que convoca algo de lo que ese sujeto ha atravesado. También en las relaciones terapéuticas, las huellas mnémicas de lo vivido del analista permiten o no determinadas resoluciones según como fueron tramitadas desde su inconciente; hay huellas que no tuvieron satisfacción, que quedaron en nivel del dolor de cada uno y es la intersubjetividad la que nos permite encontrar alguna experiencia mutua que nos marca a los dos.

Estas huellas, marcas inconcientes pre-subjetivas, marcas de descarga somática camino a..., se reinvierte en este continente intersubjetivo y produce algo que lleva a que algún contenido advenga.

3) la movilidad de las investiduras, que es lo opuesto a la compulsión, a la repetición, a la fijeza de las investiduras, a las caracteropatías y a las estructuraciones rígidas; es lo que permite que un analista pueda cambiar, desinvertir una teoría e invertir otra o desinvertir sus marcos referenciales e invertir lo que está pasando en el momento, lo nuevo. Y no solamente ligado a una cuestión teórica sino a una cuestión vivencial, de uno como sujeto y las nuevas situaciones por las que va atravesando, sus cambios, eso también nos hace escuchar distinto, amplía nuestra escucha.

- Winnicott dice en un texto: “se lo dedico a mis pacientes que pagaron por enseñarme” uno aprende de los hijos y aprende de los pacientes, un paciente puede

convocar algún punto de la propia historia no imaginado, es un trabajo de ida y vuelta, uno se nutre de los pacientes.

- Se hace referencia a la disponibilidad necesaria en el terapeuta en el trabajo con niños con patologías graves, físicas, donde dicha disponibilidad no es solamente para los chicos, sino también para los padres; hay que poder ofrecerle otra imagen del hijo para que ellos puedan tomar contacto con él, y esa disponibilidad es intelectual, es con la emoción y es con el cuerpo; es un trabajo muy arduo armar un padre donde no hay un encuentro.
- La inclusión del propio cuerpo: El propio cuerpo, el propio registro corporal es una herramienta.

Estamos describiendo el modo de transferencia en pacientes con grave déficit en la estructuración de su narcisismo, en los que predomina una falla a nivel de la conciencia originaria, fijados a esos momentos previos al narcisismo en los que se juega la apertura al mundo de los afectos... Esto enfrenta a cada analista en situación de imaginar el proceso de constitución del yo real primitivo, su corriente de apego, el acceso a la relación del sujeto del yo.

El tipo de transferencia y su posición transferencial derivará de poder conectarse con el tipo de sufrimiento que implica ese dolor sin conciencia (Maldavsky), que está definido por una marca cuantitativa *en búsqueda de...*, habitando en ese ser vivo. El circuito de repetición se impone, pero si encuentra esa disponibilidad en el analista, se generará algo en el circuitito inter-narcisista que hará que esta situación opere de continente inconciente. La escucha en cada analista estará determinada por sus propios organizadores superyoicos, sus propios ideales, y pone en juego los propios aspectos perversos. Cuando un paciente llega a análisis, uno no sabe nada a cerca de ese otro, las construcciones imaginarias propias y del otro pueden coincidir o ser absolutamente ajenas. Respetar esa diferencia y no suponer que uno sabe lo que el otro está hablando nos enfrenta a resolver que es lo que nos pasa con la diferencia y nos permite escuchar un paciente. El super yo del analista puede funcionar como obstáculo o facilitador: si lo peor que pasa en una familia es hablado, al transitar por la palabra adquiere rasgo humano.