

Devenir



El psicoanálisis en el siglo XXI

constan.
@arte.constantino



Edición de los Analistas en Formación
del IU SAM de APdeBA, n. 19, octubre 2024
ISSN 2408-4212

Devenir

El psicoanálisis en el siglo XXI

Edición de los Analistas
en Formación del
IUSAM de APdeBA

Nº 18, Octubre de 2024
ISSN 2408-4212



© 2024, Revista Devenir
PUBLICACIÓN DEL CLAUSTRO DE ANALISTAS EN FORMACIÓN
DEL IUSAM DE APDEBA

Maure 1850, C1426CUH - Ciudad de Buenos Aires
Argentina
Tel. 54 11 4775-7867 / 7985

ISSN: 2408-4212

Se han efectuado los depósitos
que marca la legislación argentina

Las responsabilidades que pudieran derivarse de los artículos firmados
corren por cuenta de sus autores

La ilustración de cubierta pertenece a Constantino Asensio Bethouart
<https://www.instagram.com/arte.constantino>
<https://www.tiktok.com/@arte.constantino>

Realización gráfica de interiores:
Cálamus
Montaje de tapa:
Ramiro Pazo

Se terminó de imprimir en octubre de 2024
en Buenos Aires, Argentina

CLAUSTRO DE ANALISTAS EN FORMACIÓN DEL IUSAM DE APDEBA 2024

Presidencia

DRA. MARÍA ALEJANDRA JODAR

Secretaría

DR. BRUNO BUONSANTI

Secretaría científica

LIC. MARCELA SICILIANO

LIC. SEBASTIÁN NICOLÁS BENITEZ

Relaciones Interinstitucionales IPSO/OCAL

MG PAMELA FRANCO

Representante de Centro Liberman

LIC. ROMINA MASOTTA

Secretaría de publicaciones

DR. BRUNO BUONSANTI

DRA. VERÓNICA MADERA

Vocal

DRA. PAULA SASTRE

Revista Devenir

Coordinadores

DRA. VERÓNICA MADERA

DR. BRUNO BUONSANTI

PRIMER EQUIPO EDITORIAL DE *DEVENIR*

LIC. DIANA S. DE ALCARAZ

LIC. CLARA LONDON

LIC. ALICIA THOMPSON DE BEISTAIN

COLABORADORES:

DRA. DIANA ZAC DE ROJTENBERG

LIC. JAIME MILLONCHIK

AGRADECIMIENTOS

En este número de la revista queremos hacer un agradecimiento especial a nuestros colegas cursantes de la Diplomatura en Psicoanálisis, Lic. Romina Hidalgo y Cabanillas y Lic. Caio Enrique Rangel Silva por su generosa y valiosa colaboración.

Además agradecer a todos los analistas en formación que realizaron el esfuerzo de escribir trabajos para ser publicados, sabiendo que algunos de ellos tuvieron que hacer un trabajo extra de traducción.

ÍNDICE

Nota editorial	13
Palabras	
<i>Lic. Romina Hidalgo y Cabanillas</i>	17
Carta de la Madrina	
<i>Cecilia Sinay Millonschik</i>	19
Carta del Padrino	
<i>Dr. Raúl E. Levín</i>	23
Sección 1	
Ser analista	
Entrevista a la Dra. Ana Kaplan	
<i>Dr. Bruno Buonsanti</i>	
<i>Dra. Verónica Madera</i>	33
Mi devenir hacia el psicoanálisis	
<i>Dra. Verónica Madera</i>	46
La tarea del analista	
<i>Lic. Romina Hidalgo y Cabanillas</i>	49
La función rêverie en el analista	
<i>Lic. María Jesús Parola</i>	53

Una experiencia zigzagueante: la Finalización de mi Formación Psicoanalítica en el IUSAM de ApdeBA. <i>Mg. Gabriela Rouillon Acosta</i>	61
--	----

Sección 2

El psicoanálisis en la práctica clínica actual

Depresión en edad avanzada <i>Mg. Dorothy Muñoz</i>	71
Aportes bionianos para mi práctica como psiquiatra psicoanalista <i>Dr. Bruno Buonsanti</i>	75
El chupeteador <i>Lic. Lucila Lusnich</i>	82
Un encuentro entre cuerpo y Alma <i>Lic. Germán Augusto Martín</i>	90

Sección 3

Psicoanálisis y cultura

Ciudad oculta, la sombra de los muertos <i>Lic. Maiara Pinho Oliveira</i>	99
Prolegómenos para una genealogía psicoanalítica de la justicia, o el retorno de una ilusión <i>Lic. Marco Antonio Negrón</i>	104

Sección 4

Investigando desde el psicoanálisis

Investigación en psicoanálisis: la tensión entre la búsqueda de evidencia y la construcción de conceptos <i>Lic. Santiago Carballo</i>	113
El vínculo conyugal en el contexto del tratamiento de hemodiálisis: una investigación desde el psicoanálisis de Parejas y Familias <i>Dr. Caio Henrique Rangel Silva</i> <i>Dra. Cidálida Maria Neves Duarte</i> <i>Dra. Mary Yoko Okamoto</i>	122
Reflexiones sobre mecanismos esquizoides de un caso de neonaticidio, parte II <i>Dr. Constantin Lemesko</i> <i>Lic. Alejandra Derevianco</i>	134
Un analista en los inicios de la vida <i>Lic. Sebastian Nicolás Benítez</i> <i>Lic. Carina Demarchi</i>	140

NOTA EDITORIAL

El psicoanálisis en el siglo XXI

Nos encontramos en un momento histórico de profundas transformaciones sociales, culturales y tecnológicas. El psicoanálisis, tanto en su práctica como en su teoría, no podría estar ajeno a estos cambios que, en el siglo XXI, redefinen continuamente la constitución subjetiva humana. Esta edición de nuestra revista tiene como objetivo explorar “El psicoanálisis en el siglo XXI”, abordando las múltiples facetas y desafíos que esta disciplina enfrenta en la contemporaneidad.

Desde sus orígenes, el psicoanálisis se ha dedicado a investigar el inconsciente, comprendiendo los fenómenos psíquicos que escapan a la racionalidad inmediata. Sin embargo, el paso del siglo XX al XXI trajo consigo nuevos paradigmas que exigen una revisión crítica y creativa del saber psicoanalítico. Las relaciones humanas, mediadas por las tecnologías digitales, la globalización de los discursos y la emergencia de nuevos síntomas y patologías psíquicas son solo algunos de los elementos que marcan esta transición y exigen que el psicoanálisis se adapte sin perder su esencia.

Una de las grandes transformaciones observadas en el campo del psicoanálisis es la diversificación de sus métodos y enfoques. Si, por un lado, Freud y sus sucesores sentaron las bases de una práctica centrada en el diván, por otro lado, el

siglo XXI atestigua una pluralidad de formas de intervención clínica. El *setting* analítico clásico se ve complementado por nuevas modalidades de atención, como el análisis *online*, que se han mostrado esenciales en tiempos de pandemia y postpandemia. El psicoanálisis ha demostrado ser resiliente, manteniendo la profundidad de su investigación del inconsciente, al tiempo que se abre a nuevas formas de escucha y práctica clínica.

La pandemia de Covid-19, que marcó indeleblemente los primeros años de este siglo, sacó a la luz la importancia del saber psicoanalítico en un mundo asolado por el miedo, la incertidumbre y el duelo. En un momento de aislamiento social, el papel del psicoanalista se volvió aún más vital, ofreciendo un espacio de escucha y elaboración para aquellos que enfrentaban la angustia y la desesperanza. La crisis sanitaria, además de exponer la vulnerabilidad humana, reafirmó la relevancia del trabajo psicoanalítico en la comprensión de los efectos del trauma colectivo e individual.

En este sentido, discutimos en esta edición el impacto de los cambios socioculturales en la formación y en la práctica del analista. La globalización y la interculturalidad, que caracterizan al mundo contemporáneo, desafían a los analistas a reflexionar sobre cuestiones de identidad, pertenencia y alteridad que, cada vez más, aparecen en los consultorios. La práctica analítica, por lo tanto, se convierte en un campo de resistencia y acogida de las subjetividades que, a veces, son marginadas o invisibilizadas por los discursos hegemónicos.

La importancia social del psicoanálisis, hoy, se revela también en su capacidad de intervenir en debates públicos y de contribuir a la comprensión de las dinámicas colectivas

que moldean el mundo actual. El saber psicoanalítico, con su atención al inconsciente y a los procesos de subjetivación, ofrece herramientas valiosas para analizar fenómenos como el aumento de la violencia, las crisis políticas y el desgarramiento de los lazos sociales.

PALABRAS

Lic. Romina Hidalgo y Cabanillas

A veces tengo palabras,
a veces, solo las digo,
A veces, las escucho,
a veces, hasta las miro.

A veces son más abstractas,
a veces son solo miradas.
A veces son estremecimientos,
a veces son solo silencios.

A veces estas me abrazan,
a veces nos separan.
A veces nos reconcilian,
nos intiman.

A veces son indispensables,
y a veces preferiría eliminarlas.
Escritas, vociferadas,
cantadas y susurradas.

Las palabras siempre me acompañan.

CARTA DE LA MADRINA

Cecilia Sinay Millonschik

Sea Edipo. Podría ser cualquier otro mito. Pero Freud eligió ese. Podría haber sido Ícaro, o la Torre de Babel. Esa manía humana de conquistar lo inaccesible. Pero ya que fue Edipo, de él hablaremos.

Aun hablando de Edipo, no creo que el problema mayor sea el incesto; o el parricidio.

Trataré de compartir con ustedes cuál creo que es el problema mayor.

Layo consulta al Oráculo de Delfos, que le dice que el hijo que espera su mujer, Yocasta, matará a su Padre y desposará a su Madre. Layo se deshace del recién nacido, lo recogen unos pastores que lo entregan a Pólipo y Mérope, reyes sin hijos.

Edipo, ya adulto, consulta al Oráculo de Delfos, que le dice que matará a su Padre y desposará a su Madre. Edipo, como cualquier hijo bien nacido, se va de su tierra para no cometer semejante dislate.

En su camino, un altercado con otro viajero termina en una pelea cuyo desenlace es la muerte de Layo a manos de Edipo. Siguiendo su derrotero, Edipo llega a un sitio cuya reina ha quedado viuda. Edipo, como cualquier buen cristiano (aunque en esa época no los había), se casa con la desamparada viuda que, obviamente, se llama Yocasta.

Se consuma la profecía del Oráculo y Freud encuentra la piedra fundamental del Psicoanálisis y de la estructuración del psiquismo humano: el Complejo de Edipo.

Bueno, tengo para decirles que yo no creo que el Complejo de Edipo sea paradigmático en el desarrollo del psiquismo humano.

Como ya dije, ni siquiera creo que Edipo sea el mito que yo elegiría. Pero, ya que de Edipo se trata, quiero decir que, para mí, el problema fundamental no es el parricidio ni el incesto sino la ignorancia.

Edipo no sabe. Destruye sus ojos cuando se da cuenta de lo que hizo pero, en realidad, está ciego de movida.

No sabe que sus padres no son sus padres. No sabe que es adoptado. No sabe que se lo han apropiado. No sabe que huyendo va al encuentro o a la construcción de su destino.

A mi juicio, ese no saber es el estructurante del psiquismo humano.

El humano no sabe. Es frágil. Está a la intemperie. Padece su desconocimiento y su inermidad.

Suele no tolerar tanta incertidumbre. Y, cuando eso sucede, construye una o varias certezas que, en ocasiones, lo llevan al lugar equivocado. Al sitio del que quiere huir.

Por eso, si de Edipo tenemos que hablar, yo prefiero hablar del desconocimiento, de la incertidumbre, de la desolación.

Freud enunció su Edipo hace 200 años, en tiempos de monarquías endogámicas. Estamos en tiempos de hambrunas, desaparecidos, matanzas, huérfanos de guerra, bombas atómicas, migrantes, campos de refugiados, niños robados, apropiados, vendidos y comprados. Hemos pasado por Auschwitz...

Quizás no veamos las cosas del mismo modo.
Aunque, por qué no, puede seguir siendo Edipo.

Cecilia Sinay Millonschik

Agosto 2024

CARTA DEL PADRINO

Dr. Raúl E. Levín

Si nos referimos a estos últimos años de desarrollo del psicoanálisis, suponemos que aún no tenemos la suficiente distancia subjetiva como para historizarlos, pero también sabemos que indefectiblemente se van a integrar al suceder de la historia psicoanalítica. Este reclamo potencial de que este periodo de actualidad se vaya sumando a un tiempo histórico, implica recolección de fuentes, ordenamiento de la memoria, para que se tienda a la creación de una narrativa que pueda ser datada y articulada con próximas experiencias.

En esta carta me propongo transmitir algunos puntos que surgen del desarrollo reciente del devenir psicoanalítico, que supongo serán importantes para una futura historización del psicoanálisis actual.

Me parece por eso necesario articular la que ya puede ser considerada historia del psicoanálisis, referida al siglo pasado, para poder enlazarla con lo ocurrido en el siglo actual, aún muy cercano en experiencias y circunstancias subjetivas, pero quizás con cierta tendencia a enlazarse en narrativas históricas alusivas al siglo pasado.

La necesidad de datar el relato histórico es imprescindible para que sea tal. ¿Cómo ubicamos el dato de inicio de la historia del psicoanálisis?

Los comienzos de la indagación freudiana fueron previos al establecimiento de lo que se consideraría el inicio del psicoanálisis. Freud, recién egresado con el título de médico (en 1881), se abocó a la búsqueda de una solución del sufrimiento de los pacientes que acudían a su consultorio. En su mayoría mujeres con el difuso diagnóstico de histeria. Para este cuadro clínico había muchos intentos terapéuticos, pero pocos éxitos, y por sobre todo un desconocimiento de la esencia del trastorno. Como suele ocurrir con la ignorancia, esto daba lugar a muchas hipótesis sin fundamento.

La necesidad de informarse y el imperativo de dar respuesta al misterio de la histeria llevó a Freud a investigar cuáles eran las modalidades terapéuticas que aplicaban colegas de otras latitudes o de otra formación.

No vamos a detenernos en esta etapa pre-psicoanalítica, que incluye su asistencia a las mostraciones (casi teatrales) de hipnosis realizadas por Charcot en La Salpêtrière, hasta experimentos que se fundamentaban en una supuesta particular relación entre la anatomía y el síntoma histérico.

No satisfecho con los resultados de estas experiencias, Freud prosiguió con su trabajo clínico. Elevó la escucha a lo más importante en su trabajo con los pacientes. Se fueron dando situaciones en su consultorio y en su vida personal que se entrelazan para llegar a la fecha en que el mismo Freud declara como la del nacimiento de lo que conceptualmente será el psicoanálisis: una terapia (con la consiguiente investigación permanente) fundamentalmente centrada en las neurosis, sustentada en una elaboración del inconsciente del psicoanalista en un trabajo recíproco de develación de las formaciones del inconsciente del paciente.

Enumero algunos puntos destacados que condujeron a establecer una fecha inaugural del psicoanálisis:

1. “Las histéricas me mienten” escribe, no sin cierta contrariedad, en una carta a Fliess. Lo que se suponía eran recuerdos de escenas sexuales infantiles con una fuerte impronta incestuosa, son fantasías, producto del deseo inconsciente, pero con suficiente entidad y poder como para derivar en síntomas neuróticos. Y una evidencia de lo central del concepto de las formaciones de lo inconsciente para acceder a una concepción de la subjetividad del humano.
2. Muere el padre de Freud. Para elaborar el duelo, inicia una ciclópea indagación de su propio inconsciente, mediante el autoanálisis de sus sueños. Vuelca esta experiencia en su libro “La interpretación de los sueños”.
3. Convencido de la magnitud de sus descubrimientos, y pensando que la prosecución de las investigaciones psicoanalíticas debían asegurarse y preservarse de las resistencias que también provocaban, tuvo la visión inicial de que debía crearse un movimiento que agrupara a quienes lo acompañaban en sus ideas. Y también asegurara un espacio instaurado para incorporar en el futuro a la investigación y el ejercicio clínico del psicoanálisis a otros interesados en esta terapéutica y en esta versión de la vida del humano.
4. Freud instituyó como fecha histórica del inicio del psicoanálisis el comienzo del siglo XX, y el mojón que marcó este punto de partida fue su libro de los sueños, que si bien se publicó previamente, para ese fin fue editorialmente post-datado en 1900.

Al momento de escribir esta carta para la revista “Devenir” estamos en el año 2024. Casi un siglo y cuarto de la historia del psicoanálisis, si excluimos la rica etapa que se considera pre-psicoanalítica de acuerdo a la datación explícita que establece Freud.

Para ocuparnos del psicoanálisis del siglo XXI, tenemos que considerar que nos referimos a lo más reciente del desarrollo del psicoanálisis. No tenemos la distancia necesaria para historizar este periodo. Pero por haber estado inmersas en él nuestras experiencias, no hay motivo para impedir que provisoriamente podamos articular las que podrían ser fuentes para la construcción de un relato histórico futuro.

A partir de la participación personal en este periodo, creo que mi aporte puede partir de mis elaboraciones, ceñido al ámbito en que me tocó participar de la experiencia como psicoanalista involucrado en los avatares tanto clínicos como conceptuales e institucionales de estos años. Pero antes de referirme a algunos temas que pienso podrían tenerse en cuenta para una futura historización del psicoanálisis en el siglo XXI, quiero delimitar el ámbito en el que desarrollé mi experiencia. Soy un psicoanalista argentino, vivo en Buenos Aires y soy miembro de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Desde este espacio, en el que por supuesto también se incluye mi vida personal y el interés por otras producciones de la cultura, quiero simplemente compartir con mis eventuales lectores algunos ítems que supongo dejarán su huella en el desarrollo y la historización del psicoanálisis de los próximos años.

- 1) El auge de la informática en la clínica, la formación de psicoanalistas, y la vida institucional.

Es indiscutible el desarrollo exponencial de la informática en las últimas décadas del s. XX. Podemos datar su inclusión formal en APdeBA al crearse en 2003, una Comisión de Informática en la Comisión de Biblioteca y Publicaciones. No me propongo profundizar este tema. Discutir por ejemplo qué derivaciones tiene la difusión universal de la informática en la subjetividad, la política y la historia. En lo referido al psicoanálisis sabemos que insta enormes desafíos en cuanto a la cualidad de su alcance. Una dualidad inquietante entre la posibilidad de enriquecer la formación y la información, y el riesgo de que se constituya en una suerte de “Torre de Babel”. Tanto en la clínica como en su conceptualización, está en riesgo el trabajo de búsqueda, de elaboración, de eludir la investigación de lo inconsciente, que define lo psicoanalítico de nuestra disciplina. La historia del psicoanálisis siempre fue acechada por las resistencias, incluyendo la de los propios psicoanalistas. Actualmente mucho de lo que era definido como trabajo mental, ha sido sustituido por el trabajo de la computadora. Son polémicas para este siglo XXI.

2) La epidemia de Covid.

A diferencia del tema anterior, que refiere a un desarrollo progresivo de la investigación científica, en este párrafo nos referimos a un acontecimiento inesperado, agudo y grave, que impactó traumáticamente a toda la población. El psicoanálisis tuvo que apelar a toda su creatividad –en esto la informática tuvo un importante papel- para evitar la interrupción de la tarea clínica y formativa. La angustia de muerte, y la experiencia de vivir un clima de amenaza de contagio de la enfermedad que abarcaba tanto a pacientes, analistas como a todo el círculo familiar y social de cada uno, complicó transferencias y contratransferencias. Nuevos encuadres no presenciales, llamados

telefónicos con o sin el agregado de imágenes de pantalla, que se incluyeron en nuestra jerga como psicoanálisis “a distancia”, fueron instrumentados durante el periodo de pandemia como habituales. Pero quizás como no había otra opción, se descuidaron (a mi entender) posibles efectos indeseados de esta modalidad a la que hubo que recurrir en la emergencia. En la actualidad quedan remanentes del análisis “a distancia” que pienso deben ser investigados. En alguna ocasión me he referido por ejemplo a problemáticas centrales relacionadas al acceso a la regresión, incluyendo en esta fenómenos primarios que se reactivan en la transferencia (por ejemplo primitivas alteraciones de investimentos erógenos/ narcisísticos) que no se desencubren en el análisis “a distancia”, pero son fundamentos de la clínica de la estructuración del humano en tanto sujeto. Hay otros temas que se podrían discutir, pero lo importante es que no se naturalicen estas experiencias clínicas “a distancia” sin el aval de las investigaciones psicoanalíticas.

Muy sintéticamente, y sin desconocer otras problemáticas y alternativas referentes al transcurrir de lo recorrido en este siglo, en forma acotada y provisoria, quise presentar como forma de aproximación a una versión de lo que es el psicoanálisis en el siglo XXI, lo derivado de este cruce entre los cambios producidos por los avances de la informática, producto del suceder de la historia de la civilización (incluyendo la cultura, la ciencia, la economía, la política) por un lado, y la incidencia puntual y traumática de una pandemia perturbando la cotidianidad y poniendo en riesgo la vida misma. Ese devenir longitudinal en la sucesión de los hechos de la vida social previsible aunque fuera en términos imaginarios, es incidido peligrosamente por lo traumático inesperado, imprevisible, ni siquiera imaginado.

Pienso que en la actualidad hay una cierta inercia que deriva de ese acontecimiento traumático. Todavía no hemos evaluado y conceptualizado consecuencias de ese efecto en las modalidades clínicas que se derivan de él.

Querido lector: con estas líneas solamente he querido aportar alguna idea para que se sume a otras que seguramente presentarán autores de *Devenir* y participantes del Simposio, en cuyo ámbito la revista se presenta. Felicito a la Comisión que ha editado este número de la revista, como también a los autores y lectores, por su contribución al desarrollo del psicoanálisis, que no sería posible sin la creación permanente de espacios en los que el intercambio de ideas revitaliza y sostiene permanentemente el psicoanálisis como una disciplina viva, que enriquece y valida un saber acerca de la condición humana.

SECCIÓN I

Ser Analista



ENTREVISTA A LA DRA. ANA KAPLAN

Dr. Bruno Buonsanti

Dra. Verónica Madera

¿Cómo llega a su vida el psicoanálisis?

En mi época era el boom psicoanalítico en Buenos Aires y estábamos todos metidos en eso. Éramos varios en los grupos y cursos de APA que eran muy interesantes. Llevábamos grupos artísticos, de teatro. Así conocí a quien fue mi analista didacta, Racker. Yo estudiaba teatro e interpretamos *El estupendo cornudo*, de Crommelynck. Racker nos vio actuar (ahí, me enamoré enloquecidamente de él) y luego hizo una interpretación de la obra. Fue ahí que dije esto es lo que a mí me gusta y me pregunté ¿cómo se hace para ser psicoanalista? Bueno, ahí averigüé. Vivía todavía en Argentina Salomón Resnik. Él me vio muy interesada en analizarme y me dijo, mirá el mejor psicoanalista del mundo se llama Racker, ¿por qué no te vas a analizar con él? Yo nunca me había psicoanalizado. Entonces lo llamo y me dice, ¡Ah, sí!, me acuerdo de usted. No se acordaba ni medio. Le digo, lo llamo porque me quiero analizar con usted, a lo que me contesta, lamentablemente por muchos años yo no tengo hora; entonces le pregunto ¿qué quiere decir eso? y me explica. Le causó mucha gracia la pregunta, porque todos los que lo llamaban eran gente de la carrera que sabía lo que quería, yo ni sabía que eso era una carrera. Terminó dándome una media hora para charlar un ratito y me dice que me puede recomendar a alguien. ¡No! Yo quiero analizarme con usted.

Yo tenía alguna idea de psicoanálisis, había leído algo del libro de los sueños de Freud (aunque no sé cuánto entendí), además en esa época entre los jóvenes el psicoanálisis era parte de la cultura. Así fue que cinco o seis meses después me llama y me pregunta si seguía interesada. Ya estaba recibida de médica y recién casada con mi marido que fue un gran neurocirujano.

¿Cómo decidió dedicarse al psicoanálisis de niños?

Yo atendía a una paciente que creo que fue la más difícil que tuve. Esta muchacha estaba embarazada y creía que se había embarazado en contra de su deseo. La idea de este bebé la tenía aterrorizada, pero el parir este chico la conmovió muchísimo y a mí, también. Entonces yo pensé, si esta mujer se hubiera analizado cuando era joven o niña, no hubiera pasado por toda esta cosa tan difícil durante nueve u ocho meses y medio de este embarazo no deseado que fue de mucho dolor. Yo pasé una situación de un odio terrible, pensaba ¿cómo va a odiar un embarazo? Además era un embarazo con un hombre al que amaba y eso me hizo sentir muy interesada y preguntarme ¿qué le pasó a esta mujer en su infancia que tenía tanto miedo de tener un hijo, de criarlo? Fue entonces, en ese momento que fui a ver a la Negra Aberastury, que no solo fue pionera en el análisis de niños, sino también una creativa, una mujer muy inteligente. Además me gustaron siempre los chicos, soy la menor de cinco hermanos y mientras era adolescente nacían mis sobrinos y a mí me encantaba. Mientras estudiaba Medicina, pensaba que me iba a dedicar a pediatría.

Creo que el gran valor del análisis está en poder comenzar muy tempranamente. No es lo mismo un chico que se analiza en la infancia (esta no es una teoría general, hay gente que no

está de acuerdo con esto) o antes de la adolescencia, que de adulto, aunque esto no significa que todos los niños, ni todos los adolescentes ni todos los adultos necesitan análisis.

Esto nos hace pensar en las transformaciones en el analista en función de lo que uno aprende del paciente, como un ida y vuelta...

Esto es muy interesante, esto es lo que nos pasa a los analistas en general. A veces lo advertimos, otras veces no, y creemos que es algo propio.

Usted nos comenta que tiempo atrás la gente estaba muy interesada en el psicoanálisis y en realizar la formación. Hoy en día vemos que es distinto, cada vez somos menos los que nos embarcamos en este camino. ¿Qué opina al respecto?

Hoy el mundo vive muy apurado y se necesita tiempo, no se sabe para qué, pero no lo pueden utilizar para analizarse y para hacer la carrera.

Yo viví en la formación una época de gloria, Rascovsky, Garma, era gente muy bien formada. Grinberg, Liberman, Marie Lange, Racker, todos muy creativos, muy estudiosos, donde el psicoanálisis fue parte de la vida, era muy importante, porque dedicábamos muchas horas de nuestra vida a estudiar, a compartir con nuestros compañeros y colegas. El año que yo entré a seminarios éramos treinta personas y nos dividieron en dos grupos de quince, con mucha gente de Latinoamérica. Yo en esa época, además, también paría hijos.

A propósito de eso, ¿cómo fue combinar la formación con la maternidad, la familia, la pareja?

Bueno, no fue fácil, pero yo nunca me di cuenta que no era fácil. Para mí fue muy agradable, primero que tener hijos es una cosa muy hermosa, tengo cuatro, y segundo que vivía en el medio psicoanalítico.

Me pasó algo que no sé si es casualidad, aunque no creo mucho en eso. Mi marido hizo su formación durante tres años en USA y un año en Suecia y un amigovio que yo tenía me envió un regalo (un pañuelo bordado) a través de él, así fue como lo conocí a mi marido. Y por él, conocí el mundo médico.

Mis padres eran gente de campo, yo nací en el campo. Mis padres eran hijos de los colonos que habían venido de Europa a la Argentina en pleno antisemitismo, antes de la guerra. Mis padres nacieron en 1897, sus padres ya estaban en Argentina hacía unos años. Cuando yo nací vinieron a vivir a la ciudad.

Mi marido me ayudó mucho, por ejemplo, en pagarme el análisis y todos los contactos que tuve eran míos, no los heredé.

¿Cómo fue pasar de APA a APdeBa?

Fue muy doloroso, fue como dejar la escuela primaria. Ahí quedaban colegas muy queridos y respetados. Pero es así, los chicos crecen, se van de la casa. Estábamos terriblemente incómodos, porque estábamos señalados como los kleinianos, lo cual era cierto, éramos kleinianos, probablemente un poco exagerados. En ese momento yo no hubiera dicho esto, pero ahora sí lo puedo decir, la Asociación había crecido mucho y por supuesto que siempre hay ciertas tensiones entre grupos.

Yo no tuve personalmente problemas por ser kleiniana, pero fue un momento difícil. Me parece que cuando las asociaciones crecen demasiado, las distintas teorías, a veces, están en pugna. Habían empezado con la escuela francesa. Nuestro grupo estaba más con la escuela inglesa, no porque no estudiáramos Lacan, de hecho yo lo estudié por cinco años y no solamente yo, todo el grupo. Pero bueno, resultó así y no resultó mal. Fue mucho trabajo. Uno no se da cuenta cuando trabaja mucho y está muy interesado.

Les voy a contar una infidencia, me arrepentí muchas veces, porque estábamos tan cómodos en APA, ya teníamos la casa, que era tan linda. Además, casi todos teníamos nuestros supervisores y analistas ahí, entre ellos Baranger, Grinberg, Liberman y en niños la Negra Aberastury.

¿Nota alguna diferencia o cambios con respecto a la formación de esa época con respecto a la actual?

Hace cuatro o cinco años que ya no dicto clases, bueno algunas. Porque mi vida en la actualidad son seis meses en Buenos Aires y seis meses en USA, donde viven mis hijos.

Hubieron muchísimos cambios en la formación. Yo entré ya cuando se decidió que la formación eran en lugar de tres, cuatro años. Era un grupo enorme y todos teníamos las mismas materias y la formación era más rígida. Tuve en niños a Arminda Aberastury, en Freud a Cesio, en Teoría de la técnica tuve a Giuliana Smolensky. A Liberman, Grinberg, a Ana de Toledo, que era una clínica extraordinaria, pude supervisar con ella y aprendí una enormidad, a Pichon Rivière. Las materias eran bastante parecidas, pero lo que se enriqueció muchísimo fue la teoría.

La frecuencia de análisis era de cuatro veces por semana. Yo viví la muerte de mi analista (Racker) durante la formación, lo que fue dolorosísimo y además muy difícil porque no había analistas, no alcanzaban los que había, entonces yo estuve un año sin análisis. Yo quise analizarme con Marie Lange, quien fue muy amable, porque a pesar de que no tenía horas, me comenzó a atender, porque si no, yo hubiera tenido que paralizar mi formación. Hoy eso es distinto, porque antes, si te quedabas sin analista no podías seguir con la carrera, a diferencia de ahora. Antes también se requería un año de análisis previo, cosa que ahora no.

¿Cómo vive la virtualidad, el análisis a distancia?

Me pescaron los dos años de la pandemia y después la muerte de mi marido. A mí no me gusta el trabajo virtual, me gusta el presencial, pero yo tuve que cambiar mi vida porque estoy sola en la Argentina. Entonces me quedé con los pacientes adultos, aunque soy analista de niños. Hablé con los pacientes y quedaron todos de forma virtual.

Con respecto al análisis a distancia hay muchas cosas que no se ven en la pantalla. Desde el olor de un paciente hasta la calidez o frialdad de esa mano que uno recibe al saludar. No sé cómo saludan ustedes a sus pacientes, pero yo no podía entrar a lo de Pichon, que fue mi primer supervisor, dándole un beso. Antes, además había una idealización importante del analista.

¿Se enriquece la clínica aumentando la frecuencia en las sesiones o pasando de la virtualidad al diván? Sobre todo para nosotros que estamos en formación.

Un analista es analista en cualquier lugar en el que esté tratando al paciente, con lo cual el número de sesiones es muy importante, fundamentalmente porque el paciente puede seguir al analista y el analista al paciente. Yo cuento siempre algo que me ocurrió cuando una muchacha médica que estaba haciendo la formación me pidió hora. Yo le dije, va a tener que ir a otro lado porque yo por muchos años no voy a tener hora. Y me dice: ¿una hora no tiene? Sí, una sí, podemos empezar, pero usted no puede hacer la carrera con eso, pero sí analizarse. Empezamos con una hora, yo ya era didacta, así que también supervisaba. Esa única hora le sirvió para poder entender por qué quería analizarse y por qué quería ser analista. Luego fue aumentando a medida que yo tuve horas. Esto no me gustaba porque era meter a los pacientes en nuestras dificultades de ese momento. Ella sabía que con una hora no iba a ser aceptada en la carrera. Con lo cual vivían nuestra problemática, que era que teníamos pocos analistas, que no es lo actual. Por lo tanto vale la pena empezar un tratamiento con por lo menos tres horas semanales, donde es más el tiempo en que uno está con su analista que los días de la semana en que uno no tiene análisis. Yo me acuerdo que le pedía a Racker más horas y él me decía ¿de dónde quiere que las saque? En la actualidad con tres horas semanales yo creo que alcanza.

A nosotros nos es muy difícil aumentar la frecuencia de análisis de nuestros pacientes.

Es que en este momento la cultura hace que esté todo muy apurado y hay que hacer todo rápido.

¿Qué piensa que define al analista? ¿La formación académica, el análisis personal?

Yo creo que las dos cosas, porque uno puede ser un gran conocedor de la teoría, pero si no se ha analizado, esa teoría sigue siendo teoría y no puede transformarse en práctica. Estudiar puede hacerlo cualquiera pero para mí lo esencial es el análisis. Nadie que no se haya analizado, salvo Freud, puede ser analista.

Por lo que escuchamos es como que sus supervisores y sus analistas la siguen acompañando de alguna manera. ¿Coincide con eso?

Por supuesto, estoy totalmente de acuerdo. Por ejemplo: Yo supervisé mucho tiempo con Bleger, con quien terminé muy amiga y aunque su teoría no está muy en la actualidad, si él estuviese ahora, yo imagino con cuáles estaría muy de acuerdo, por ejemplo con Bion, sería un bioniano. Creo que era un analista muy inteligente.

Hablando de supervisores, ¿cómo fue supervisar con Melanie Klein?

Yo creo que pocas veces en mi vida tuve tanto miedo. Melanie Klein no fue simpática al principio, pero fue entrando en el paciente conmigo y fue muy agradable al final. Yo no sé cuánto aprendí de todo lo que ella me dio porque hablaba mucho y en inglés, no era tan fácil para mí seguirla.

Fue muy emocionante. Yo nunca me hubiera imaginado que iba a tener contacto con ella.

Yo me sentía como una chiquitita al lado de la directora de la escuela. Fue muy enriquecedor y además la noción de

esta mujer que era un genio y que fuera tan directa y tuviera tanto placer en atendernos y en enseñarnos.

En esa época viajábamos mucho a Londres a supervisar con la Asociación Británica. Podíamos viajar porque además teníamos muchos pacientes. No teníamos problemas económicos, ningún consultorio estaba vacío.

También supervisé dos veces con Anna Freud, era magnífica, era inteligentísima, pescaba a los pacientes, sabía interpretar. También me fue muy útil.

Klein y Anna eran distintas, sobre todo en la personalidad. Con A. Freud no sentí nunca el miedo ni la diferencia que sentí con M. Klein.

Y hablando de Klein, quien era muy directa con las interpretaciones con los niños de esa época, ¿usted se manejaba de la misma forma con los niños actuales?

Exactamente, me manejaba de la misma forma, muy directamente.

Un niño de tres o cuatro años, entiende muchísimo.

Yo tengo una bisnieta de dos años que vive en USA y ella habla muchísimo, tanto en inglés como en español de acuerdo con quien habla y el idioma que ese interlocutor habla. Por ejemplo conmigo habla en español. Es muy llamativo, ella se da cuenta en qué idioma debe hablarle a cada uno. ¿Cómo creían antes que los chicos no entendían o no sabían nada? Entienden muchísimo.

Hablando de niños, escuchamos que en el congreso de

Mendoza, en una mesa que se habló de pornocultura, usted cuestionó que haya tanta sorpresa en torno a una posible hípersexualidad de las infancias actuales. ¿Nos puede desarrollar este comentario? ¿Siente que hay alguna diferencia esencial entre la sexualidad infantil de antes y la de ahora?

No, no hay diferencia, porque el desarrollo psicosexual fue siempre el mismo, lo que pasa que ahora se conoce. Antes un chico era multado por los padres si hacía preguntas. Yo no recuerdo haberle preguntado a mis padres, tal vez a mi madre sí, pero no era común tener alguna conversación mínima sobre sexualidad. Mis hijos acá eran reyes con todo lo que sabían. No solo porque eran hijos de una psicoanalista, sino porque en general, esta era una apertura a la vida y la necesidad de conocer de los chicos.

La sexualidad, que siempre es algo muy oscuro, difícil y temido, ya era algo muy abierto en el momento en que nacieron mis hijos. El psicoanálisis ayudó muchísimo al reconocimiento del niño en el niño y a la aceptación del niño en el niño.

El hecho de que hubiera analistas de niños y que empezaran a no tenerle miedo a los niños y a la sexualidad en los niños, ayudó mucho, porque eso era algo muy temido, porque tampoco los grandes tenían la aceptación de su propia sexualidad con lo positivo y lo negativo que eso implica.

¿Qué lugar se le da a la sexualidad hoy en día?

Eso es algo que cuesta preguntar en la sesión y además hay que esperar hasta que el paciente lo traiga. Depende mucho del analista, del vínculo que puede tener con sus pacientes.

Es probablemente el aspecto más difícil que el analista puede tener de un paciente. Hay pacientes que son maravillosos y traen la sexualidad o aparece en los sueños. Pero la sexualidad sigue siendo un gran misterio todavía.

De todos modos, habiendo aceptado la sexualidad infantil es mucho más fácil entender todo el desarrollo de la sexualidad, antes se negaba la sexualidad infantil.

La sexualidad la vemos como todo, en todo lo que surge. No hay nada que esté totalmente desencadenado o fuera de ella.

¿Piensa que el análisis a la distancia puede hacer que sea más difícil trabajar la sexualidad con nuestros pacientes?

Muchísimo. No hemos podido tocar a nuestros pacientes y tampoco nuestros pacientes a nosotros.

Tener al paciente cerca de uno, el olor, la respiración, todo eso que hace a la integridad del paciente y en todo lo que uno y el paciente puede asociar acerca de esta. Yo soy una analista kleiniana y para mí la presencia hace gran parte del análisis.

Y esto es como una conservación de cómo comenzó el análisis. Freud veía a las pacientes.

¿Qué importancia le da al intercambio entre colegas, a los grupos y al acompañamiento en la formación?

Muchísima, porque uno no solo se está formando, sino que se está analizando y los comienzos del análisis traen grandes revoluciones, por eso esto era muy importante verlo entre nosotros.

En mi grupo éramos tres mujeres y el resto hombres. Todos eran médicos y todos tenían una especialidad, por ejemplo en mi grupo estaba el Dr. Koremblit, que era partero, nunca fue solo psicoanalista. Combinaban las dos profesiones porque había que comer y sostener la formación.

Yo trabajaba en el Hospital de Niños, en el servicio del Dr. Escardó, que fue un avanzado y nos abrió la puerta a todos los jóvenes.

Si nos tuviera que transmitir algo a los nuevos analistas, ¿qué nos diría?

Lo más importante para ser analista es el análisis personal. Porque estudiar estudia cualquiera cualquier cosa.

Y para poder entender lo que estudiamos, tenemos que entender quiénes somos, cómo somos. Porque llegar a ser analista es una prueba terrible, difícilísima. Ustedes lo están viviendo. No por lo que les pidan en la escuela psicoanalítica, sino por todo lo que uno está viviendo, viendo y conociendo de uno mismo. Todo eso oculto, que si uno no se analiza no sabe que lo tiene.

La formación es importante, es estar en contacto con analistas que ya tienen experiencia. Aprender a interpretar, por ejemplo.

Lo importante en esto es que cada uno tenga sus propias interpretaciones. No hay que apropiarse de las interpretaciones de los otros y de las lecturas. Incluso con cada paciente uno va aprendiendo nuevas formas de interpretar.

Evidentemente cuando tenemos más años de cultura analítica y de experiencia con pacientes, es más fácil analizar.

Yo me acuerdo que cuando terminaba las horas de consultorio estaba agotada y actualmente yo podría trabajar veinte horas por día y no me cansa nada.

Es evidente que es una carrera muy difícil, desde el esfuerzo hasta la economía.

Mi impresión es que el psicoanálisis con transformaciones seguirá para siempre. No creo que haya nada más hasta ahora, importante, certero y seguro que el análisis de un analista y el de sus pacientes.

Conocerse, poder conocerse. Siempre aparecen cosas nuevas en uno. Algunas que no conoce y otras que las conoce más o menos. El análisis nos ayuda a ver lo más posible que hay en nuestra mente.

Hay gente que ha desarrollado capacidades interesantísimas gracias al análisis.

Hay varios y grandes pintores y escultores que fueron analizados nuestros y fueron muy agradecidos con nosotros.

El análisis y yo diría no es idealización, es lo que más le puede dar a una persona como conocimiento, como posibilidades. Las use o no.

MI DEVENIR HACIA EL PSICOANÁLISIS

Dra. Verónica Madera

Me recibí de médica en el siglo XX. Todavía no sé muy bien por qué elegí esa carrera. Tal vez por un poco de todo.

Cuando llegó el momento de decidir mi especialidad opté por una de las que más me había interesado al cursarla, pero también una de las más estructuradas, Endocrinología, la que en si un valor de laboratorio sube es porque otro baja y viceversa. Todo parecía tener una lógica, o casi. Sentía que era la especialidad perfecta para mí, con síntomas que podían desaparecer o mejorar ajustando dosis de medicamentos. Sin sorpresas, o al menos eso pensaba.

Con el transcurrir de mi residencia, que se prolongó por siete años, cinco obligatorios y dos de jefatura de residentes, fui notando que mi labor médica ya no consistía solo en modificar una medicación, ya no era solo mirar un laboratorio o una ecografía. Eso lo hacía en pocos minutos. De repente, me encontré escuchando situaciones inimaginables, relatos terribles que mis pacientes se animaban a compartirme. El consultorio se convirtió en un espacio donde me confiaban problemas personales más que en un lugar para tratar la patología endócrina. La sala de espera se iba abultando y la demora en los turnos era cada vez mayor. Escuchaba frecuentemente frases como: ¡No puedo creer que te acuerdes de eso!, te veo a vos y me ahorro de ir a terapia...

Paralelamente comencé a analizarme por primera vez y descubrí, me descubrí en un lugar diferente. Empecé a experimentar lo que luego conocería como transferencia. Evidentemente, algo parecido les pasaba a mis pacientes conmigo.

Mi función como endocrinóloga adquirió otro matiz, empecé a sentirme más en un juego que en un trabajo. La endocrinología pasó a un segundo plano y las consultas se centraron más en lo emocional que en lo orgánico.

Este primer análisis personal cumplió un ciclo que terminó con el inicio del siglo XXI. Pero yo ya no era la misma persona ni la misma médica. Continué mi camino como endocrinóloga, pero ya no todo era igual, no todos los síntomas se solucionaban ajustando dosis de medicamentos, sucedían otras cosas, aprendí a escuchar y a acompañar desde otro lugar. Con el tiempo siento que la conexión que ocurría entre mis pacientes y yo era una aproximación intuitiva y empática al psicoanálisis, pero sin técnica ni teoría, quizás mi propio análisis ayudaba un poco, pero nada más.

Seguí formándome como endocrinóloga, cursos, congresos, simposios, presentación de trabajos, pero todo tenía sabor a poco.

Con el nacimiento de mi primer bebé, llego a un nuevo análisis y a una nueva analista que despertó en mí algo que nunca hubiese imaginado. Fue uno de mis análisis más largos y fue ella la que me habló de APdeBA y por qué no, de iniciar una nueva formación en mi vida.

Con una beba, luego otro bebé y trabajando como endocrinóloga, una nueva especialización era impensada con todo lo que implicaba y demandaba, sobre todo en tiempo.

Ese análisis también terminó, pero esa chispa quedó encendida. Inicé una nueva terapia, mi consultorio aumentaba en número de pacientes, mis hijos crecieron, atravesamos una pandemia, me replanteé muchas cosas, pero sobre todo mi profesión. ¿Qué deseaba yo profesionalmente? ¿Por qué si me iba tan bien como endocrinóloga sentía que podía haber algo más?

En octubre de 2022, decido llenar un formulario de inscripción para IUSAM en la especialización de Psicoanálisis. Casi como por inercia pero con curiosidad y deseo tomo las entrevistas. Me llega un mail diciendo que fui aceptada. Ah, ¿podía no ser aceptada? Ni se me ocurrió. Si fui yo quien se inscribió para cursar una nueva especialización. Pensé que la decisión debería ser mía. Parece que aquí las cosas no funcionan así.

Primer día, ¿qué hago yo acá? “Soy médica, de esto nada, solo mi análisis personal”. Ese era mi discurso recurrente cada vez que me presentaba en los seminarios con los docentes.

Pero de repente y tomando prestadas las palabras de mi analista actual, me sentí inmersa en una “ducha de psicoanálisis”. ¿Cómo no lo hice antes? ¿Cómo es que recién con más de 50 años entro a este mundo que me atravesó como un rayo? Siento que esta elección, como los sueños, es un cumplimiento de deseo. Un deseo inconscientemente latente quizás desde que cursé Salud Mental allá por el siglo XX.

Comienzo a escribir una hoja en blanco con compromiso y con ganas.

Mi vida ya no es la misma, mi consultorio de Endocrinología tampoco. Ya no todo se soluciona ajustando una dosis, no es tan fácil hacer desaparecer o aliviar un síntoma. Todo lo contrario, es mucho más difícil, pero es apasionante.

LA TAREA DEL ANALISTA

Lic. Romina Hidalgo y Cabanillas

Buscar el sentido de las cosas es una característica inherente al ser humano. El ser humano tiene necesidad de certidumbres. Lo explicitó Aristóteles hace más de dos mil años con la frase “todos los hombres desean, por naturaleza, saber”. Y a medida que la historia va avanzando, van cambiando los saberes, las formas de pensar y de pensarse, se crean nuevas perspectivas. Estas se ven impactadas por factores psicológicos, políticos, económicos, sociales, ideológicos y académicos (Díaz, 1994).

Inicialmente, todo era explicado a partir de la misticidad, donde las fuerzas de la naturaleza eran divinizadas. La razón griega respetaba la naturaleza y era la palabra quien construía la realidad conferida únicamente por hombres-poetas quienes eran los maestros de la verdad inspirados por dioses o musas. Luego, la verdad de las cosas fue dominada por la fe religiosa, con la cual se buscaba ordenar al mundo y garantizar al hombre la seguridad ante aquellos peligros que lo amenazaban, como la naturaleza, la muerte y la convivencia en sociedad con sus semejantes.

Más adelante, con la modernidad, las verdades debían ser probadas por un método científico. La razón se vuelve objetiva e instrumental, y ya no respeta a la naturaleza. Por el contrario, busca dominarla y superarla, así como a ciertos aspectos humanos. La verdad, como menciona Foucault, tiene que ver con el poder, en donde las verdades se mantienen vigentes

siempre y cuando sean avalados por algún tipo de poder, de autoridad. Esta se torna política y se extiende a la sociedad y a todo lo que tenga que ver con ella (Díaz, 1994).

Lo científico es en sí mismo histórico, pues surge de dicho proceso. Por lo tanto, la verdad es un proceso histórico que transforma la realidad. Con la hermenéutica contemporánea, acontece el giro lingüístico, en donde el lenguaje se vuelve creador de la realidad. Esto genera como consecuencia una crítica radical sobre la noción de verdad objetiva, universal y necesaria en contraposición con las múltiples interpretaciones (Rimoldi, s.f.).

El psicoanálisis tiene relación con este giro lingüístico, ya que representa una disciplina interpretativa antes que una ciencia natural, la cual tiene que ver con el lenguaje y sus equivalentes. Según Schafer (1983), las interpretaciones en psicoanálisis son redescpciones o renarraciones de acciones percibidas desde un interés psicoanalítico. Los hechos existen en función de las preguntas que guían al proyecto narrativo y que son formuladas por las presuposiciones del analista. Esta verdad narrativa proporcionada por el/la paciente se encuentra ligada a procesos de resignificación y de coherencia interna entre las hipótesis y los relatos del paciente, conformados por su historia personal y la construcción y reconstrucción del pasado. Entonces, esta realidad o verdad está mediada por la narrativa.

En relación a ello, el/la analista tendrá también su propia narrativa, sus propias ideas y puntos de vista, los cuales debe suspender para no interferir en el entendimiento de las personas a quien atiende y acompaña. De esta manera podrá comprenderlas en sus propios términos de sentido y no en

los de él/ella. Por otro lado, Moreno (s.f.) refiere que el sujeto del psicoanálisis es el sujeto de la verdad que se produce en el vínculo analítico en la transferencia.

Como psicoanalista en formación, pienso que en el trabajo clínico se busca una verdad narrativa, un acercamiento de ella, la cual puede ser interpretada a partir de diversos autores y teorías. No obstante, es importante no olvidar al protagonista y sus suposiciones, las que pienso se irán construyendo a partir del proceso y del vínculo entre analista y paciente. Como menciona Badiou (1992), la verdad no es descubierta, sino convocada por una actitud tendiente a sostener la incertidumbre, que rompe con la monotonía de la repetición. Asimismo, creo que es importante tener en cuenta el impacto de lo social y lo cultural, y cómo la época da la posibilidad de interpretar de maneras diferentes.

Silvia Bleichmar (2006) refiere que la realidad no es algo dado, sino es algo que se construye de manera conceptual y representacional. Lo interesante de la realidad humana es su capacidad para generar nuevas realidades, las cuales plantean nuevos enigmas para el conocimiento y se convierten en su objeto de estudio. Y es que la realidad va cambiando, va siendo, es parte de nuestra condición humana crear estas nuevas realidades. La experiencia humana no puede ser determinada como algo absoluto, ya que si vamos siendo es porque vamos descubriendo quiénes somos, quiénes podemos ser, quiénes queremos ser y esto a su vez nos va transformando.

Para mí la tarea del analista es buscar comprender estas nuevas realidades que se van dando, poder generar las acciones necesarias para lograr el mayor nivel de estabilidad en el marco de las mejores posibilidades de realización psíquica, evitando

empobrecimientos y síntomas de altos costos. Esto implicaría poder generar a través del proceso analítico los cambios necesarios para que la vida del paciente logre la plenitud, no ideal, pero sí alcanzable y posible, teniendo en cuenta el marco de las limitaciones y restricciones que todo ser humano encuentra para el desarrollo de sus proyectos.

Bleichmar (2006) afirma que cuanto más cercanos estén los sistemas de representación de la realidad constituida consensualmente, más equilibrio y capacidad de contacto con la realidad obtendrá el sujeto. Los seres humanos pueden obtener bajo los modos más complejos su propio equilibrio y pueden aprehender la realidad bajo las formas que les permitan garantizar de la mejor manera sus posibilidades de desarrollo.

Como psicoanalistas, pienso que es importante que busquemos acompañar y ayudar a los y las pacientes a poder construir versiones de ellos que procuren en la menor medida riesgos o impliquen más daños, donde el malestar o el sufrimiento no sea insuperable a las capacidades yoicas y donde uno pueda vivir de la mejor manera y hacer algo transformador y reparador con aquello que marcó en su historia.

Bibliografía

- Bleichmar, S. (2006). Batalla por la identidad. En *Paradojas de la sexualidad masculina*. Buenos Aires: Paidós.
- Díaz, E. (1994). “La producción de los conceptos científicos”, en *La producción de los conceptos científicos*. Buenos Aires: Biblos.
- Moreno, J. (s.f.) “¿Hay lugar para lo indeterminado en psicoanálisis?”, en *Psicoanálisis familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Rimoldi, R. (s.f.) “La hermenéutica y el psicoanálisis”.

LA FUNCIÓN *RÊVERIE* EN EL ANALISTA

Lic. María Jesús Parola

Estudiar la obra de Bion, en primer lugar, me ayuda a pensar mi propia capacidad en cuanto a la experiencia de tolerar la frustración en el proceso del conocimiento. Esto a la vez conecta con mi práctica clínica y la experiencia que voy haciendo en ella. Pensar mi función como analista a la luz de Bion y ver cómo la experiencia emocional se pone en juego y a lo que da lugar.

Este camino de conocimiento representa, enuncia o denuncia una experiencia emocional única y particular con cada caso.

Esto me hace pensar en... ¿por qué prestarnos intencionalmente a ofrecer a otro esta función *rêverie*? Quizás como tomando la posta de aquella original y primera experiencia donde esta función puede haber quedado insuficiente, detenida o malograda. Nos involucramos nosotros y vivenciamos con los pacientes esa propia experiencia una y otra vez y de mil modos distintos?... Convirtiéndose en una experiencia ofrecida y recibida...

El analista que ofrece iniciar una experiencia de conocimiento emocional ofrece un vínculo activo y dinámico en el que suceden cosas, avanzando hacia un “estado de llegar a conocer y el estado de llegar a ser conocido... Conocimiento que implica un acercamiento progresivo hacia la verdad, la

cual es esencial para la salud psíquica”. (*Aprendiendo de la experiencia*, Cap. XVI, p. 85).

Así también, en este proceso de conocimiento, a “la experiencia emocional, se la siente dolorosa. Hecho que a su vez puede dar inicio a un intento de evadir o modificar el dolor de acuerdo con la capacidad de la personalidad para tolerar la frustración que ello implica” (*Aprendiendo de la experiencia*, Cap. XVI, p. 74). Entonces se abre la posibilidad realizar un cambio, un movimiento hacia una modificación, una transformación por medio de la relación, que permitirá poder ir representando la realidad de forma más adecuada, menos distorsionada y más tolerada. Hay “uno que está interesado en conocer y el otro buscando evadir ser conocido, con la experiencia emocional que representa”. (Capítulo XVI de *Aprendiendo de la experiencia*). Esto comparte y le sucede a la pareja analítica.

Bion pareciera enfatizar la persona del analista al hacer referencia también al funcionamiento alcanzado en la mente de otro (madre-analista). Esto me trae la idea de Winnicott de la “madre suficientemente buena”, que pone de relieve la importancia del vínculo en este desarrollo, sea primario como el de mamá-bebé o posterior, como lo es el de analista-paciente. Proponiendo entonces este “modelo” para poder pensarlo.

Así la salud mental y el desarrollo de la mente derivan de relaciones íntimas, en las que los hechos primordiales son las experiencias emocionales. En análisis estas tendrán que poder ser pensadas y comprendidas para que la mente crezca y se desarrolle.

Las hipótesis de Bion trazan una analogía entre el vínculo del paciente con el analista durante la sesión y la elaboración de

las experiencias primitivas del bebé en su relación con la madre. Con los múltiples factores que intervienen en este proceso, Bion (1962) construye una abstracción para comprenderlo y la denomina *función alfa*. La *rêverie* describe la actitud de la madre frente a las comunicaciones del bebé, cuando es capaz de metabolizar las experiencias primitivas que el niño le proyecta.

En *Aprendiendo de la experiencia* (1962) emplea el “sistema alimentario” para construir un modelo que pueda dar cuenta de los procesos implicados en el pensamiento acerca del pensamiento... en el que las emociones tienen un lugar especial” (p. 92).

La madre puede distinguir un estado anímico en el bebé, antes que él pueda ser consciente del mismo. En esta situación, la necesidad del pecho es un sentimiento y este es un pecho malo. El pecho malo —el deseado pero ausente— es más probable que sea reconocido como una idea, mientras que el pecho bueno está asociado con “una cosa en sí misma”. Postula que así como la leche a nivel somático, el componente mental amor, seguridad, ansiedad, requiere un proceso análogo a la digestión. Considera que la madre expresa su amor al niño por medio de los canales físicos de comunicación y también por medio de la función de *rêverie*. Esta capacidad es la fuente psicológica que satisface las necesidades del niño de amor y comprensión. Si la madre que alimenta no tiene capacidad de *rêverie* o si se da, pero no es asociada con amor, este hecho le será comunicado al bebé, aunque en una forma incomprensible para él.

Si la relación con el objeto es buena, puede convertirse en una capacidad del self para tolerar las propias cualidades psíquicas y favorecer el desarrollo de una función alfa propia

y del pensamiento normal. Brinda la capacidad de estar consciente o inconsciente, dormido o despierto y tener noción de pasado y de futuro. Protege también el contacto con la realidad externa, ya que evita que sea distorsionada por las emociones y fantasías. Cuando la función alfa se perturba solo están disponibles los elementos beta, para cualquier actividad que tome el lugar del pensar. La teoría de las funciones y la teoría de la función alfa permiten interpretaciones que muestran cómo el paciente siente que tiene sentimientos, pero no puede aprender de ellos. El fracaso al usar la experiencia emocional produce un desastre comparable al que tiene el deterioro de estas funciones corporales en la vida, que puede llegar hasta “la muerte de la personalidad” (*Aprendiendo de la experiencia*, 1962).

El analista al contar con esta valiosa capacidad, recibe, metaboliza y transforma continuamente lo que llega del paciente en forma verbal, para-verbal y no-verbal. Esta es la función que ayuda a digerir y a procesar lo que no pudo ser procesado. El análisis permitirá que el paciente introyecte esta función y así podrá decir lo no dicho, vincular las partes de una historia fragmentada, aprender a contar sus emociones, hacer memoria, inscribir nuevos sentidos. El paciente aporta las vivencias de su historia, la narración que pudo hacer hasta el momento y el analista crea el continente y ejercita la función alfa del paciente al permitir la creación, evolución, desarrollo y alfabetización de las proto-emociones. Aprendiendo a significar en lugar de evacuar. Al vivenciar las experiencias emocionales, el analista puede transformarlas, metabolizarlas, desintoxicarlas, significarlas y modularlas. Cuando la *rêverie* prevalece, son posibles nuevas e imprevistas expansiones de sentido, muy fecundas para la vida del paciente.

Así la mente, al estar en tránsito, en cambio y en movimiento, va teniendo poco a poco la opción de modificar, animándose a perder la seguridad de lo que tiene, para afrontar la inseguridad de lo que no tiene todavía.

La confianza en este continente lo ayudará a tramitar lo traumático. Lo traumático va a ser aquello que no ha podido ser “digerido” o pensado.

Por eso los sueños que el paciente trae a sesión, van a ser una oportunidad como un modo de digerir las experiencias emocionales: “formulan esas experiencias como problemas y como problemas que pueden ser resueltos a través de la interpretación otorgándoles significado. Por eso la mente del otro es fundamental, porque considera a la identificación proyectiva como la comunicación, así la simbolización se da en la relación con otro que pueda “contener“. El paciente puede aprender a digerir las experiencias emocionales que no pudieron ser digeridas o procesadas adecuadamente en su momento. Así se va produciendo la transformación del pensamiento. Los significados pueden ir acompañándose de la construcción de nuevos significados a partir de un otro continente que puede recibir.

La *rêverie* es un proceso que tiene lugar en la mente del analista durante la sesión cuando recibe las comunicaciones de su paciente. Por ese motivo está íntimamente ligado a otros procesos conscientes e inconscientes que el analista vive en la sesión, escuchando y observando lo que le trasmite su analizado. Esta escucha estimula emociones, recuerdos, sensaciones, asociaciones de ideas... En suma, todo aquello que, agrupado en el concepto de contratransferencia, constituye la recepción por el analista de las comunicaciones, proyecciones del paciente.

El infante proyecta los elementos beta en el psiquismo de la madre, quien le presta su propio aparato de “pensar pensamientos” para dar forma, desintoxicar y transformar los elementos beta en elementos alfa, que entonces pueden ser asimilados e integrados por el bebé en su propio funcionamiento mental.

Así también, la actitud receptiva del analista hacia las proyecciones del paciente, la asimilación de sus ansiedades, la comprensión de su funcionamiento, sus propias asociaciones, actitudes e interpretaciones, son esenciales en el proceso de transformación simbólica, así como para el crecimiento psíquico y el desarrollo del pensamiento.

La mente del analista captura los afectos no metabolizados del paciente formando imágenes de fuerte carga emocional. Esta imagen tiene el potencial de transformar un símbolo no verbal en un pensamiento que puede ser simbolizado en palabras... *rêverie* describe la formación de una imagen que convierte los elementos primitivos en funcionamientos mentales más integrados.

En *Aprendiendo de la experiencia* (1962) diferencia tres grandes grupos de emociones básicas: L (amor), H (odio) y K (conocimiento). Enuncia que estas emociones son intrínsecas al vínculo entre dos objetos, ya que una experiencia emocional no puede ser concebida aislada de una relación. El término vínculo describe una experiencia emocional en la que dos personas o partes de una personalidad están relacionadas una con la otra. El símbolo K es empleado para referirse al vínculo entre un sujeto que busca conocer al objeto y un objeto que se presta a ser conocido. Alude a una experiencia emocional con un matiz particular, expresado por el sentimiento doloroso inherente a la pregunta ¿cómo puede el sujeto conocer algo? Puede ser

formulado como el dolor o la frustración ligados al conocer. El vínculo K supone la capacidad de tolerar estos sentimientos. Es la actividad por la cual el sujeto llega a ser consciente de la experiencia emocional y puede abstraer de ella, una formulación que la representa en forma relativamente adecuada. Desde este vértice, las experiencias emocionales necesitan ser digeridas para poder ser asimiladas por la personalidad.

Siendo la *rêverie* algo esencial del proceso analítico, su modo de acción nos sigue siendo desconocido. Decimos que es esencial porque contiene las ansiedades proyectadas y las transforma en la mente del analista para ser compartidas con el analizado por medio de la interpretación oportuna, y así amplía el campo de la conciencia, ya que disminuye la intensidad de dolorosos mecanismos defensivos como la negación, la escisión o la identificación proyectiva.

Bion sostiene que la mente está todavía en un momento de desarrollo embrionario y rudimentario. La función *rêverie* del analista puede hacer posible la evolución hacia un *crecimiento mental*. Su hipótesis de que no basta con tener pensamientos, sino que es necesario poder usarlos para pensar, junto con la idea de que puede haber otros usos, manipuladores, evacuativos, etcétera, nos abre nuevas perspectivas clínicas. Puede haber “pensamientos sin pensador” y no siempre en nuestra práctica nos encontramos con una mente capaz de pensar, o por lo menos no tenemos que dar por supuesta esa capacidad. Bion sostiene que los pensamientos son anteriores al pensar y son los que estimulan el desarrollo de un aparato para pensar. El análisis implica no solo desarmar las soluciones equivocadas para los problemas emocionales que el paciente, en cierto modo, ha consolidado a lo largo de su vida, sino construir métodos nuevos más adecuados y espacios nuevos.

De la investigación del funcionamiento de la parte psíquica de la personalidad, este autor señala que hay ciertos rasgos que guardan relación con la pulsión de muerte. Plantea que se asocia fundamentalmente a la intolerancia a la frustración que, unida a la preponderancia de impulsos destructivos, se manifiesta en un odio violento hacia la realidad interna y externa. Este odio se puede extender a todos los elementos de la personalidad que componen esta parte y también hacia los órganos sensoriales que nos ayudan a percibir esa realidad. Agrega que la preponderancia de los impulsos destructivos puede ser de tal magnitud, que el amor quede sofocado por ellos y se convierta en sadismo. “El conflicto entre los instintos de vida y de muerte no alcanza a solucionarse”. La persona teme su inminente aniquilación, y en cuanto a sus relaciones de objetos, se vuelven prematuras –precipitadas– y frágiles –no resisten la más mínima frustración–.

Las ideas de Bion se inscriben dentro de las ciencias de la complejidad, porque comprende la mente como un objeto vivo, un universo en expansión, que evoluciona constantemente. Para el analista representa un desafío, poder alojar y tolerar la frustración que ello implica.

Bibliografía

- Bion, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. R. (1963): *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Grinberg, L., Sor, D. y Tabak de Bianchedi, E. (1991): *Nueva introducción a las ideas de Bion*. Madrid: Julián Yebenes Editores.
- Tabak de Bianchedi, E., Antar, R. y otros (1999).

UNA EXPERIENCIA ZIGZAGUEANTE: LA FINALIZACIÓN DE MI FORMACIÓN PSICOANALÍTICA EN EL IUSAM DE APDEBA.

Mg. Gabriela Rouillon Acosta¹

Corría el año 2011 cuando llegué a Buenos Aires. Inicialmente pensaba hacer un Doctorado en la UBA pero no había tenido las entrevistas aún, solo había enviado mi intención de Tesis, estaba a la espera. Igual decidí partir hacia el Sur y me lancé. Me encontraba en Colombia, en donde viví por 19 años, fue mi segundo hogar, acababa de sustentar mi tesis de maestría y mi director que había hecho su Doctorado en la UBA me invitada a partir.

Así que aterricé en tierras gauchas con mis tres maletas. La última vez que había estado en Buenos Aires –de vacaciones– fue en el 2007. En ese tiempo mi madre era la representante de Unicef en Argentina y me animé a tener unas entrevistas en APdeBA en esa época, pero no decidí mudarme.

1 Licenciada en Psicología Universidad Nacional de Colombia. Magister en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Psicoanálisis del IUSAM del Apdeba. Psicoanalista Adherente de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires/ Federación Psicoanalítica Latinoamericana (FEPAL). Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Colegio Psicólogos del Perú (CPP) 25183. MP Argentina 44660. Correo electrónico: gabrielarouillon@gmail.com

Al cabo de unos meses de llegar, me hicieron las entrevistas en la UBA, tocó tener mucha paciencia. La entrevista fue al frente de dos mujeres intimidantes, Adela Leibovich de Duarte y Diana Aisenson –mientras escribo este recorrido me he acordado de sus nombres, la memoria es poderosa– en un salón de la Facultad de Psicología con mi computadora que lo recuerdo con claridad. ¡Ah! La Facultad de Psicología me impresionó por su personalidad particular, con sello propio, algo caótica y con las huellas del paso del tiempo. Bueno, sigo, abro la compu para mostrarles mi presentación en power point y una de ellas me dice que la cierre y les cuente sobre mi interés. ¡Plop! Me descuadró, pero lo hice. Tenía mis notas en papel. Me sentía muy nerviosa. Luego pasó, di el examen de suficiencia de inglés, lo aprobé y volvieron a pasar unos meses.

Atravesé un tiempo de indecisión, y al cabo de unas semanas largas me dieron la noticia de que me habían aceptado en el Doctorado. ¡Fue una alegría! Sin embargo, algo en mí me dijo que tenía que pensarlo, y que la otra opción era hacer la formación de psicoanálisis. Para ese momento, empecé algunas sesiones con Mariam Alizade, a quien había leído en la época de la Universidad. Fue increíble conocerla, ella me ayudó un tiempo, luego de unos tres meses cerré. Decidí presentarme a APA y a ApdeBA, también conocí a la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP). Visité todas las locaciones y me quedé con APdeBA.

En el mes de agosto de 2011 comienzo los seminarios con dos candidatas más, eramos 3. Me parece que íbamos a ser la segunda promoción desde la creación del Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM). Fui conociendo gente linda, el ambiente fue muy enriquecedor y tensionante a la vez. Una de las experiencias extraordinarias fue estar en uno de los seminarios con Horacio Etchegoyen, un privilegio

estar ahí con él y captar su absoluta sinceridad. Era un hombre franco. También fui parte del Claustro de Candidatos como representante de relaciones interinstitucionales, que me dio la oportunidad de conocer con más cercanía a los candidatos de APA y SAP. Creo que el trabajo institucional es fundamental para el movimiento psicoanalítico.

Cuando ingresé a la formación, recuerdo me atrajo que me dieran el título académico y el de la IPA, pero una de las cosas que más me gustó fue su apertura para analizarme con un analista de Asociación Psicoanalítica de Argentina (APA), estaba permitido en el reglamento, me parece que ahora no. Deseaba tener mayor privacidad y separar el espacio institucional de la experiencia analítica. Igual entiendo es una situación que genera polémica.

En este recorrido fui al Congreso Argentino de Psicoanálisis (CAP) en Buenos Aires, en donde participé con el Claustro de Candidatos; recuerdo una foto en el edificio de la Facultad de Derecho con colegas y con su hermosa arquitectura. También estuve en el 30 Congreso de FEPAL “Realidades y Ficciones” en el 2014 realizado en Buenos Aires, en donde presenté un trabajo sobre Fotomontajes Oníricos de Grete Stern. A raíz de esa pequeña investigación exploré y visité la Biblioteca Nacional Mariano Moreno en donde tuve el placer de quedarme por horas en sus instalaciones que generaron en mí una atmósfera especial. En este Congreso conocí al connotado psicoanalista brasileño Roosevelt Cassorla de cerca, con quien conversé sobre la intersección entre el arte y el psicoanálisis en un pasillo del Sheraton Hotel en el centro de Buenos Aires.

En esos años, viviendo en la ciudad de Fito Paez y Charly García, trabajé por unos meses con Unicef y una Organiza-

ción No Gubernamental coordinando un proyecto en las afueras de la ciudad sobre adolescentes embarazadas; recorrí algunos lugares como La Plata, bella ciudad, y en tren a Tres de Febrero. Conocí algo del mundo de los colegios públicos del conurbano y la situación social de las familias de estas adolescentes. Experiencia difícil y gratificante. Estuve haciendo talleres en Mendoza con el Ministerio de Educación en el programa de Educación Sexual Integral (ESI), programa pionero e innovador en Latinoamérica. Conocí gente muy copada y trabajadora.

Por otro lado, fui acompañante terapéutico con pacientes difíciles, recuerdo uno que se me escapó estando en un bus por el Hospital Rivadavia y me tocó bajarme rápido para encontrarlo. Por él conocí la experiencia del psicoanálisis familiar creada por Jorge García Badaracco, que hizo un Centro en Palermo con excelentes instalaciones. Fue increíble ver y escuchar sesiones con todas las familias reunidas y sus hijos con el equipo de psicoanalistas que hacían intervenciones colectivas que generaban muchos cambios, la contención era expansiva. Además, recuerdo haber podido estar en supervisiones grupales con Janine Puget en su casa-consultorio y escucharla de otra manera, siempre incluyendo lo social y lo cultural en sus análisis. Tuve la oportunidad de estar en prácticas en el Hospital Rivadavia en el programa de desórdenes alimenticios dirigido por Andrea Pierri, gran experiencia. Vivir la práctica en un espacio hospitalario me permitió reconocer que el psicoanálisis tenía que ser flexible. Agradezco esta experiencia.

Siguiendo con mi periplo, hice el intercambio promovida por la Organización de Estudios Internacionales Psicoanalíticos (IPSO) con la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM), en donde llevé varios seminarios y conocí a lindas personas

también, me hospedó una colega y compartí conocimientos y vivencias que me nutrieron mucho. Una inolvidable experiencia por haber sido invitada por uno de los psicoanalistas seniors de la APM al Bernabeu a ver al Real Madrid. Tuve la posibilidad de ir a un evento realizado por el grupo de Psicósomática Pierre Marty como parte del intercambio fomentado por IPSO. En ese tiempo coincidí con el Congreso de la Federación Europea de Psicoanálisis (EPF-FEP) en el que estuve de oyente en un grupo de supervisión muy interesante con unas colegas y amigas mexicana y argentina. Recuerdo el salón con mucha luz y nutrido intercambio clínico.

Logré ir a Londres al Congreso de la IPA sobre feminidad en el 2019 viajando ya desde Lima. Ahí presenté un caso para ser supervisado por una colega senior de Latinoamérica que se había formado en la Sociedad Británica; esa experiencia no fue tan grata, me sentí muy criticada, pero satisfecha por haberme permitido presentar un material. De todas maneras, me sentí apoyada luego por mis colegas argentinos y chilenos con quienes nos fuimos a conversar y hacer catarsis de lo sucedido a un parque divino cerca a la sede del Congreso.

Continuando con mis experiencias compartidas, en París tuve la oportunidad de ir a una actividad de IPSO en la Sociedad Psicoanalítica de París (SPP) en donde el tema fue la “Asociación Libre”. Ahí presenté otro caso y tuve la oportunidad de experimentar el intercambio sobre mi clínica y la mirada de los otros. Fue más grata. Visitando París en esa ocasión, tuve la gran vivencia de conocer a Elizabeth Roudinesco en una conferencia que dio en un bellísimo lugar. Tuvimos mucha suerte mi amiga y yo de encontrarla, de encontrar esa ventana en la que ella iba a dar una charla. Antes de viajar buscamos

en internet si había algún evento en el que ella estaría en París para las fechas en las que viajaba. Conseguimos comprar las entradas con anticipación, lo que me permitió organizarme y empacar algunos libros que tenía de ella, entre ellos, *Freud en su tiempo y en el nuestro* para que me los firmara.

Fue muy gracioso ese momento, porque sabía muy poquito de francés y la veía tan seria que no sabía cómo me iba a comunicar, así que le dije a mi amiga que hablaba muy bien francés que fuera mi intérprete. Entonces, armé la estrategia. Entendí muy poco de la conferencia, pero estuve ahí con su presencia, así que cuando terminó, me acerqué a las escaleras del estrado y la abordé. Dije: ¡es ahora o nunca! Fue increíble, y después, en el lugar en el que nos tomabamos un vinito, la abordé nuevamente para pedirle una foto. ¡Uff! Fue difícil pero se logró. Un recuerdo inigualable.

Así fueron pasando las aventuras y el tiempo, estuve trabajando en la Biblioteca Virtual de Psicoanálisis en el área de Difusión (Bivipsi) durante varios años con Silvia Wajnbuch, excelente equipo de trabajo, aprendí mucho; en el comité Local del Congreso FEPAL en Lima convocada por Alejandra Rey de SAP y también en el Comité de Comunicaciones por un tiempo en los Podcast de la IPA “Talks on Psychoanalysis” coordinado por Gaetano Pellegrini. Muy interesante la apertura de la IPA a la modernidad y a la incursión en el mundo de las redes sociales.

Combinando los tiempos como en el inconsciente, les cuento un poco de la experiencia de las supervisiones didácticas. Comencé mi primera supervisión presencial en Buenos Aires y la terminé en Lima. Culminé los seminarios en diciembre del 2014 y en el 2015 regresé al Perú después

de 24 años de no vivir allá; tuve que enfrentar situaciones de duelos familiares, empezar un nuevo proyecto identificatorio a lo Piera Aulagnier y ubicarme. En ese mismo año salió mi convalidación del título de Psicología en Argentina, la cual demoró varios años desde que terminé las 5 materias que me habían pedido tomar en la Universidad de Buenos Aires (UBA), que me permitió regularizar mis papeles para poder continuar con la formación –aventura que dejaré en suspenso.

Organicé un viaje a Buenos Aires para entregar mis papeles convalidados –estaban en proceso– y la fotocopia de mi carnet con mi matrícula. ¡Inolvidable! Un grandísimo logro, la satisfacción fue inmensa. Todo esto permitió ir labrando el camino para la última parte de la formación que era a distancia con las supervisiones y el trabajo final integrador en medio de la pandemia y mi inserción laboral en mi propio país. Con respecto al TIF quiero contarles que tuve la fortuna de tener a Marcos Koremblit como asesor –a quien elegí recordando mis momentos en la institución y su interacción en las redes sociales además de los comentarios que recogí de él– que con una maestría analítica y operativa muy práctica me ayudó a terminar el documento final.

La aventura de las supervisiones, la elección de los supervisores es otra experiencia, me parece es un capítulo del cual no se habla mucho y creo debería hablarse más. Muchos tienen que cambiar de supervisor o de analista por situaciones que a veces no son fáciles de atravesar generados también por los mismos psicoanalistas que no dejan de ser imperfectos pero que en algunos casos sería interesante analizar las complicaciones que surgen. En mi caso mi análisis personal –mi analista quien aún me acompaña– fue una pieza fundamental para continuar con los impases y situaciones complicadas que se atraviesan en la vida.

Llegamos al 2024, recibo a través de una carta de Bienvenida de APdeBA por mail muy cálida mi incorporación como psicoanalista adherente, la cual espero recibir físicamente en el mes de octubre en el Simposio Internacional de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. La experiencia ha sido extraordinaria. La red de amigos y colegas gestada alrededor del mundo nutrida por la infinita transferencia global por los intercambios y viajes hechos ha sido incommensurable.

Ahora comienza un nuevo capítulo.

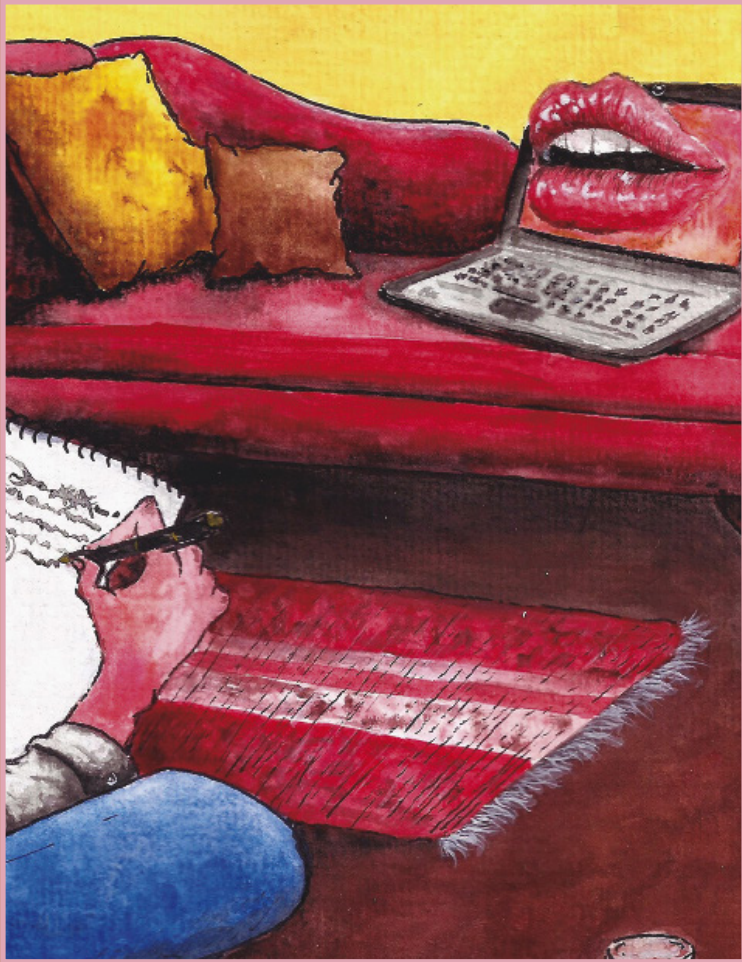


The starry night. Van Gogh, 1889.

Muchas gracias.

SECCIÓN 2

El psicoanálisis en la práctica clínica actual



DEPRESIÓN EN EDAD AVANZADA

Mg. Dorothy Muñoz

En la actualidad se habla mucho de salud mental, de la importancia de los tratamientos, de lo necesario de estar en un proceso terapéutico y sus múltiples beneficios que se obtienen al estar en un proceso terapéutico. A pesar de contar con especialistas y espacios para llevar a cabo tratamientos relacionados con la salud mental no es equiparable su oferta con la demanda. Por ejemplo, es común que se hable de la depresión, sin embargo, suele haber mucha resistencia a acudir con un profesional, ya sea psicoterapeuta o psiquiatra, para tratarla.

La depresión es una enfermedad silenciosa y, en general, se vive en soledad. Quienes la padecen muchas veces hacen esfuerzos por “pensar” en otra cosa, creyendo que las emociones se pueden controlar. Sabemos que la depresión es una enfermedad que no tiene límites en cuanto a edad o género, hemos escuchado de depresión en diferentes etapas del ciclo vital, durante el embarazo, depresión post parto, depresión infantil, depresión en la adolescencia y depresión en la adultez.

Para Freud (1905), la edad era importante para lograr un tratamiento favorable. Él creía que en la medida que las personas se acercan a los cincuenta años o más solían carecer de plasticidad en los procesos anímicos, de los que depende la terapia. En la actualidad, sabemos que la psicoterapia es favorable para personas incluso mayores a esa edad. Esto se debe, en gran parte, a que la esperanza de vida ha aumentado.

También se debe a que dichos pacientes han demostrado, durante su tratamiento psicoanalítico, resultados beneficiosos para su vida. Se puede afirmar que la posibilidad de un análisis o tratamiento beneficioso depende más de la actitud y disposición personal que de la edad.

Hoy en día es común recibir pacientes de edad avanzada en psicoterapia. Las razones de iniciar un tratamiento son muy diferentes y varían, sin embargo tienen en común la búsqueda de un mejor sentido a la vida, a sus emociones, a sus relaciones con los demás y con ellos mismos. Los beneficios de diagnosticar e intervenir en este grupo de edad son múltiples, por ejemplo, es posible dar sentido a ciertos síntomas; entender el origen de los conflictos, trabajarlos y tolerarlos; elaborar duelos por las diferentes pérdidas que se viven en esa etapa; y, sobre todo, tener un espacio seguro donde se sientan escuchados, contenidos y cuidados.

La depresión en adultos mayores cada vez es más común. Los factores que desencadenan este padecimiento se conjugan con la estructura psíquica de cada individuo, a lo que se suman elementos constitucionales, orgánicos y sociales. Es decir, la depresión se genera de una manera compleja al estar motivada por diversas fuentes.

En las depresiones durante la vejez, resulta pertinente considerar tres grandes áreas en las cuales se presentan pérdidas: el cuerpo, la psique y lo social. En el cuerpo, hay disminución de capacidades, deterioro y/o enfermedades crónicas; esto se acompaña de ansiedades y fantasías que es necesario explorar y abordar junto con el paciente. En lo psíquico, surgen cambios que movilizan la ansiedad con respecto al natural deterioro de sus funciones, la adquisición de nuevas destrezas, los cambios

de la rutina (tiempo y actividades), los cambios en la afectividad, las repercusiones por la muerte de alguien cercano, las consecuencias de alguna enfermedad crónica, las dificultades económicas, las confusiones, etcétera. Todos estos cambios tienen un impacto importante en el estado de ánimo; generan incertidumbre, entre otras emociones, y hacen referencia al paso del tiempo, a lo perdido y a la realidad que se vive.

En el desarrollo pasamos por múltiples duelos, en la infancia, en la adolescencia y en la adultez. Sin embargo los adultos mayores los viven más agudizados, las pérdidas se vuelven parte del día a día, en un proceso psicoterapéutico es posible elaborar esos duelos y disminuir los síntomas depresivos. Los riesgos que pueden surgir al no contar con un tratamiento interdisciplinario podrían ser ansiedad, experimentar sentimientos negativos más frecuentes y con mayor fuerza, enojo y sobre todo depresión.

Las personas que transitan por estos cambios suelen sufrir. Atravesar el duelo por la pérdida de la juventud les resulta doloroso. Una posible respuesta ante su dolor es la depresión. Sin embargo, existe también la posibilidad de que el adulto mayor elabore, poco a poco, sus pérdidas y que recuerde o identifique lo valioso de sus experiencias para poder afrontar con gratitud y esperanza esta etapa de la vida. El temor a la soledad y a la muerte coincide con la pérdida de la independencia que caracterizaba su juventud. Un proceso psicoterapéutico les permite elaborar esos duelos y disminuir los síntomas depresivos.

Bibliografía

- Fernández, A. “Psicoanálisis en la vejez: Cuando el cuerpo se hace biografía y narración”. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 2004, 99: 169-182.
- Abraham, K. “La aplicabilidad del tratamiento psicoanalítico a los pacientes de edad avanzada” (1919). En: *Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Hormé, 1980.
- Freud, S. (1905). “Sobre psicoterapia”. *Obras completas*, Tomo VII, pp. 243-257. Buenos Aires: Amorrortu.

APORTES BIONIANOS PARA MI PRÁCTICA COMO PSIQUIATRA PSICOANALISTA

Dr. Bruno Buonsanti

Palabras iniciales

Teniendo en cuenta el título de la revista de este año quisiera comenzar el siguiente trabajo con una pequeña reflexión acerca de la formación psicoanalítica en este siglo XXI. Siendo médico psiquiatra, cuando comento con colegas de mayor experiencia que estoy realizando mi formación psicoanalítica en una institución de la IPA, suelo tener una buena recepción: se sorprenden, me felicitan y me alientan a que continúe por este camino. Pero también me hacen saber que soy casi como una especie en extinción, una colega una vez me describió como “anacrónico” (*que no es propio de la época de la que se trata*), lo cual me pareció muy simpático y también cierto. Me cuentan que antes eran muchos los médicos que se formaban en psicoanálisis, y que las residencias en Psiquiatría solían tener una orientación psicodinámica. Hoy en día esto es muy distinto, la tarea se fue dividiendo cada vez más: de la psicoterapia se encargan los psicólogos, y los psiquiatras nos dedicamos al “control de medicación”. Hablar de qué se trata esto último ya requeriría de toda otra discusión, y no es el objetivo de este trabajo. Pero sí quisiera decir que cada

vez somos menos los psiquiatras que nos interesamos en realizar psicoterapia psicoanalítica. He llegado a escuchar frases como “no sabía que los médicos hacían psicoterapia”, “pensé que venir al psiquiatra iba a ser estar diez minutos y que me des una receta”. Seguramente mis colegas psicodinámicos me darán la razón. Entonces, con la idea de continuar pensando acerca del encuentro entre la psiquiatría y el psicoanálisis, es que elijo publicar este trabajo que surge del estudio de la teoría de Bion. Podría tomar a muchos otros autores, pero este tiene algo especial.

Desarrollo

El siguiente trabajo fue desarrollándose a partir de la experiencia de cursar el seminario de Wilfred Bion y a la vez realizar mi práctica profesional como médico psiquiatra en un Hospital General de la Ciudad de Buenos Aires, además de hacerlo en mi consultorio particular. Bion es un autor que desarrolla su teoría a partir de la experiencia clínica con pacientes severamente perturbados, con trastornos del pensamiento. Al estudiar su obra, uno de los primeros interrogantes que me surgió fue: ¿cómo pueden utilizarse sus aportes para el trabajo por fuera de un encuadre psicoanalítico clásico?

Considero que es importante aclarar que Bion toma como referentes principales a Freud y a Melanie Klein. Irá diferenciándose de a poco y creando su propia teoría, poniendo el acento en lo vincular. Una creación metodológica es su teoría del *aparato para pensar pensamientos*. “En la conceptualización de Bion, los pensamientos son considerados como genética

y epistemológicamente previos a la capacidad de pensar”¹. Este autor nos propone que los pensamientos son previos al desarrollo del aparato para pensarlos, y que se necesita de un otro para esto.

Siendo la madre el primer vínculo, será el modelo de relación madre-bebé al que Bion siempre acudirá. Habrá alguien (la madre) que piensa previamente, una persona que piensa por otra. A través de la identificación proyectiva será que se irá originando el pensamiento. En esta perspectiva vincular, quedará del lado de la madre lo que Bion llama la capacidad de *rêverie* y del lado del bebé la identificación proyectiva y la tolerancia a la frustración.

Cuando se refiere a la capacidad de *rêverie*, se habla de una madre con capacidad continente. “Una madre con reverie intuye la verdad de los sentimientos de su bebé, y se los devuelve en forma tolerable”². Habrá madres que podrán desarrollar adecuadamente esta función de la personalidad, y otras que no.

En cuanto al bebé, utilizará la identificación proyectiva para descargar lo que este autor llama *elementos beta*. Los elementos beta “son objetos que pueden ser evacuados o empleados para una forma de pensar que depende de la manipulación de lo que es sentido como cosas en sí mismas, como para sustituir tal manipulación por palabras e ideas”³. Será función de la madre contener estos elementos y devolverlos transformados, para que el bebé pueda ir formando nuevos

1 Grinberg, L.; T. de Bianchedi, E.; Sor, D. En *Nueva introducción a las ideas de Bion*, p. 60.

2 Ibid, p. 111.

3 Bion, W., *Aprendiendo de la experiencia*, p. 25.

pensamientos. Es aquí entonces que será necesario hablar de los elementos y la función alfa. A la función alfa (un elemento de psicoanálisis en cuanto es una función de la personalidad) Bion la define como: “función por la cual las impresiones sensoriales se transforman en elementos capaces de ser acumulados para ser empleados en el sueño y en otros pensamientos”⁴. La *rêverie* es un factor de la función alfa. Existirán personas en donde opere un exceso de identificación proyectiva, y la función alfa no se instalará adecuadamente. “La función-alfa opera sobre las impresiones sensoriales [...] y las emociones [...] Mientras la función-alfa opere con éxito, se producirán elementos-alfa y estos elementos resultan adecuados para ser almacenados y satisfacer requisitos de los pensamientos oníricos”⁵. Entonces, los elementos beta solamente servirán para ser evacuados, ejemplos de esto en la actualidad abundan. Se necesitará de una transformación de los mismos en elementos alfa (de una *alfabetización*).

En cuanto a la intolerancia a la frustración, Bion la piensa como un factor en la función del pensar. Considera que cuando estamos enfrentados a una frustración, tenemos dos posibilidades: “modificar una frustración o evadirla”⁶. Será el encuentro con la frustración lo que dará lugar a la formación de nuevos pensamientos.

Lo pensado para el vínculo madre-bebé se traslada a la dupla analista-analizando, la aptitud terapéutica es pensada como función de *rêverie* para contener la carga emocional del analizando.

4 Bion, W., *Elementos del psicoanálisis*, p. 20.

5 Bion, W., *Aprendiendo de la experiencia*, p. 25.

6 Ibid, p. 22.

Para poder articular la teoría con la práctica, pasaré a relatar una pequeña viñeta clínica. Por razones de confidencialidad esta será única y breve, esperando que la lectura pueda estimular a que cada uno realice una articulación propia según su experiencia.

Estando en el Hospital, me llaman por M, una mujer de unos 30 años que se encontraba recién internada por una enfermedad infecciosa. A partir de sus antecedentes de estar en situación de calle consumiendo compulsivamente pasta base de cocaína, es que deciden interconsultar. Cuando acudo, estaban intentando extraerle sangre para realizar unos estudios. Debido a su deterioro físico, no lograban hacerlo de las venas de los brazos y finalmente deciden hacerlo de la zona inguinal. A los pocos minutos de realizar la extracción, M se angustia y comienza a gritar: “¡devuélvanme mi sangre!”. Sale de la habitación intempestivamente, agarra los tubos de extracción llenos y comienza a introducir su propia sangre por sus distintos orificios corporales. Habiendo finalizado, se tranquiliza, se acuesta y se arropa. Impactado por la situación, me vi con mucha dificultad para poder pensar. ¿Qué se puede hacer o decir en un momento como ese? Sin dudas este hecho requirió de un esfuerzo de mi capacidad continente. Decidí situarme al lado de la cama, acompañarla y atiné a decirle: “Bueno, veo que ahora que tenés tu sangre te encontrarás más tranquila...”. Me miró y me dijo “Sí, me habían sacado mucho”. En su expresión se la notaba aliviada.

Esta situación podría pensarse como un desafío para poner en práctica la función de *rêverie*. En vez de decirle a M que lo que acababa de hacer no era adecuado, se trataría de contener lo sucedido y lograr formular algo en palabras. Se puede entender por qué ella está aterrorizada si se piensa

en que seguramente vivió que le saquen su sangre como una destrucción de su aparato mental. Con un self moribundo, debilitado, M estaba luchando por no morir.

Teniendo en cuenta este y otros casos difíciles, creo que es muy útil pensar en la propuesta de Bion quien teoriza acerca de una escisión entre la parte psicótica y la parte neurótica de la personalidad. Nos dice este autor que la parte psicótica de la personalidad tiene determinadas características: “debe poseer cuatro rasgos esenciales: una preponderancia de impulsos destructivos [...] un odio de la realidad interna y externa [...] *pánico de aniquilación inminente*, y [...] la formación de relación de objetos prematura y precipitada”⁷. Debemos estar atentos a cuál es la parte de la personalidad del paciente que se está comunicando con nosotros en cada momento, siendo que muchas veces será el aspecto neurótico el que consulta pero el funcionamiento psicótico el que dificultará de distintas maneras el proceso.

También pienso que es muy útil reflexionar acerca del “hacer inconsciente” que propone Bion. Nos dice que el trabajo analítico hace inconsciente, permite que se vayan depositando elementos alfa que armen una barrera de contacto entre el consciente y el inconsciente, impidiendo así el continuo pasaje a la acción. “La función alfa, al hacer proliferar los elementos-alfa, está produciendo la barrera de contacto, una entidad que separa elementos de modo que los que están en un lado son, y forman, lo consciente, y los del otro lado son, y forman, lo inconsciente”⁸. Entonces, la experiencia

7 Bion, W., *Volviendo a pensar*, p. 65.

8 Bion, W., *Aprendiendo de la experiencia*, p. 82.

vincular analista-analizado podrá generar profundos cambios en el aparato para pensar pensamientos. A mi entender, esto es esperanzador.

Reflexiones finales

Espero que lo expuesto transmita lo útil que me fueron estos *aportes bionianos* para mi práctica profesional en este siglo XXI, la cual va desde el consultorio hasta el Hospital. Recuerdo que cuando realizaba mi residencia en Psiquiatría tuve la suerte de escuchar a una analista hablar de Bion, lo cual me generaba ya en ese entonces curiosidad. ¿Cómo puede haber *funcionamientos* psicóticos y *funcionamientos* neuróticos? ¿No es una cosa o la otra? Preguntas que me hacía en ese entonces, y que con el correr de la formación voy pudiendo responder y también reformular; entendiendo que se trata de seguir *aprendiendo de la experiencia*.

Referencias bibliográficas

Grinberg, L.; T. de Bianchedi, E.; Sor, D. *Nueva introducción a las ideas de Bion*. Madrid: Tecnipublicaciones, D.L. 1991, Cap. 3 y 6.

Bion, W. *Volviendo a pensar*, Cap. 5, 8, 9.

——— *Aprendiendo de la experiencia*, Paidós, Cap. II, III, XII, XVIII.

——— *Elementos del psicoanálisis*, Hormé, Cap. I.

EL CHUPETEADOR

Lic. Lucila Lusnich

El paciente llega a la consulta derivado por una colega mía con la que J salió una noche. Siendo ella psicóloga, J le pregunta si puede ser su terapeuta con lo cual mi colega le explica por qué no y lo deriva conmigo. En las primeras entrevistas J aclara que no le dieron la teta pero sí mamadera; su madre lo dejaba con su abuela para irse a trabajar y recuerda tomar el colectivo solo a sus 7 años. Cuenta que de bebé, necesitaba sí o sí 5 chupetes, uno en cada dedo porque si no comenzaba a llorar, gritar y hacer berrinches. En su vida adulta, ha engañado a sus dos ex esposas en varias ocasiones. Actualmente no tiene vínculo con su ex ni su hija de 20 años. Trae a sesión varias situaciones conflictivas, de confusión y peleas con muchos actos y pocas palabras.

Posición esquizo-paranoide

M. Klein postula que al yo, temprano y muy precario, le sobreviene una tarea ardua: *dominar la angustia más intensa*. Esta angustia es también llamada por la autora “*ansiedad psicótica*” despertada por el sadismo (para 1957 será la envidia). Esta ansiedad psicótica es llamada así por su intensidad y por el temor a la aniquilación que conlleva.

El sadismo se ve activado en cada una de las diversas fuentes de placer libidinal: el deseo oral sádico canibalístico

de devorar el pecho de la madre o toda ella y el anal sádico. Es por estas ansiedades, originadas por el sadismo, que se pone en marcha la **escisión**, el mecanismo de defensa primitivo que deteriora la mente humana si se presenta en exceso. Entonces, por un lado existe la **proyección** del instinto de muerte/sadismo/luego envidia hacia el pecho malo y al mismo tiempo incorpora al objeto desfragmentado con todo el temor de ser castigado, fantasías de ser devorado, vaciado y despedazado; por otro lado, con las experiencias gratificantes, va **introyectando** un pecho bueno.

En el caso de Julián contamos con su historia e inferimos varias cuestiones: que probablemente en varias oportunidades por la ausencia materna, no ha podido introyectar suficiente pecho bueno gratificante, habiendo proyectado a la par el sadismo pero sin poder contrarrestarlo. Esto se le ha tornado persecutorio y está hoy en día en su máxima expresión. Segundo, J bebé entonces tuvo que defenderse de dos fuentes de peligro: *el propio sadismo y el objeto que es atacado*.

Un objeto bueno interno introyectado contrarresta la escisión, ayuda a bajar la ansiedad persecutoria ante el “pecho malo” y es precondition para el desarrollo normal del yo. Podríamos decir que si hay una integración del pecho bueno y el pecho malo (se logrará en la PD como ya comentaré) aumentará la capacidad de formación de símbolos y la capacidad sublimatoria, creativa. Por otra parte, podemos pensar en el **chupete** como representante del pecho materno; esta necesidad de los 5 chupetes nos hace pensar en J como un bebé muy voraz; la voracidad como defensa ante el sadismo; pienso un bebé que quería todo el pecho para él (cuestión que se reitera simbólicamente a sus 9 años cuando se muda con el novio de la madre y empieza a convivir con 4 hijos del padrastro);

recuerda que la madre tenía que hacerse cargo de los hijos del novio y se movía por ellos y eso le molestaba. También dice haber tenido una relación muy hostil con su padrastro. Esta rivalidad manifiesta recordada, luego se reedita con sus jefes en la vida adulta quienes lo acusan de haber robado en la empresa donde trabajaba.

¿Por qué tantos chupetes? ¿Por qué tanta angustia? Me llevó a pensar varias cuestiones y armar hipótesis: primero pensé en el fracaso del **destete**. “*Un destete verdaderamente exitoso implica que el bebé [...] ha dado los primeros y fundamentales pasos para superar sus temores y conflictos, y que por consiguiente se adapta a la frustración verdaderamente*”.¹ (Klein, 1935, p. 308). Segundo, me hizo reflexionar sobre el carácter simbólico del chupete, ¿le robaron el chupete que falta, se lo sacaron por consecuencia de su sadismo proyectado? ¿Hubo venganza? Me hace recordar que hoy en día acusa a su ex pareja de haberle robado a su hija (dice que su ex la puso en contra llenándole la cabeza en contra de él). ¿Siente esto por la proyección de su envidia? Klein dirá para 1957 que “*lo característico de la envidia es que implica robar y dañar aquello que el objeto posee*”² (p. 193). ¿Estos 5 chupetes equivaldrían en la fantasía a los bebés no nacidos, a los que le robó el lugar al ser EL elegido? (su madre había abortado varios bebés antes de que decida tenerlo a ÉL).

Todo lo explicitado nos lleva a pensar que Julián entonces se encontraría en la **posición esquizo-paranoide**, una relación diádica (no llegando a la disolución del Edipo temprano). Lo

1 Klein, M. (1936). El Destete. En M. Klein, “Amor, culpa, reparación”. *Obras completas*, Tomo I. Buenos Aies: Paidós.

2 Klein, M. (1957). Envidia y Gratitud. En M. Klein, *Obras completas*, Tomo III, “Envidia y gratitud y otros trabajos”. Paidós, 1991.

ubico en esta posición ya que el sentido de realidad en J está falseado porque la ansiedad persecutoria hace que mire a las personas en función de si es perseguidor o no, si es bueno o malo, si merece o no merece su perdón. (Confunde lo que es una analista con una mujer para salir, su hija con su esposa, la empleada con la hija; no tiene claro cuál es su lugar en estas relaciones).

Escinde en Objetos:

* **Los extremadamente malos:** sigue posicionado en que su ex quiere dañarlo: *“no sé por dónde va a venir a atacar, pero no puedo confiar, es muy inteligente ella”*. Con sus sobrinos teniendo fantasías sádicas: *“me gustaría juntar a todos mis sobrinos y matarlos a todos pero quiero que sientan el dolor que sentí, lo que me hicieron, me dejaron solo, ¿cómo me hicieron eso a mí con todo lo que yo hice por ellos, lo que fui para ellos...?”*

Con su hija: tras conflictos reiterados, la hija (19 años) decide buscar sus pertenencias en la casa de Julián, al discutir, empieza a filmarlo y él hizo lo mismo por temor a que luego lo denuncie o use eso en su contra.

***Los extremadamente buenos / idealizados:** su hermana, que hoy se parece mucho a su mamá, es la más buena, incapaz de hacerle daño, totalmente idealizada al igual que su madre. A la madre la sueña siempre como figura enorme, abrazándola, cuando la nombra, llora. Cree que fue una gran madre, que es lo más grande que hay.

En “El duelo y su relación con los estados maníaco depresivos” (1935) M. Klein comenta que cualquier dolor causado por experiencias dolorosas (pérdida de la ex, la madre, la hija) de la naturaleza que sea, tiene algo en común con el duelo y reactiva **la posición depresiva infantil**. Podemos pensar

que Julián no ha podido, en su temprana infancia, establecer objetos buenos internos y de sentir seguridad en su mundo interno, no pudiendo vencer la posición depresiva.

El pasaje de la PE a la PD y sus dificultades

La posición depresiva se inicia y es estimulada por la pérdida del objeto amado que el bebé experimenta varias veces cuando le quitan el pecho de la madre (recordemos los chupetes en J) y finaliza con el destete; allí se consolida la pérdida en su punto cúlmine y coincide con el inicio del Edipo temprano, etapa de máximo sadismo. Por sus sentimientos ambivalentes el niño siente que ha perdido todo esto por su voracidad y por su propias fantasías destructivas contra el pecho de la madre. Surgen entonces sentimientos de pérdida y culpa; dolor y preocupación por la pérdida de objetos buenos y no tanto ya el temor a la retaliación. En “Contribuciones a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos” (1935), Klein menciona que el yo llega a esta nueva posición (PD) *“Solo después que el objeto haya sido **amado como un todo**, su pérdida puede ser sentida como total”* (p. 270).

Julián se encuentra bastante lejos de poder integrar estos aspectos buenos y malos en el otro y dentro de sí. Él dice admitir que se equivocó con su ex (fue infiel en varias ocasiones, siendo finalmente descubierto) pero no sabe aún en qué falló con su hija... apenas toma contacto con esa posibilidad de pensar que algo tuvo que ver en eso de lo que se aqueja, enseguida no lo tolera y vuelve a contraatacar y defenderse. Dice M. Klein que *“En el curso normal de los acontecimientos [...] tiene que darse cuenta de que el objeto amado es al mismo tiempo el odiado”* (1935, p. 291).

El problema reside en la idealización de su hija (por proyección de su perfección como padre) con lo cual, ahora no puede comprender cómo pudo haberlo decepcionado. M. Klein refiere en “Envidia y gratitud” (1957) que el objeto idealizado esté menos integrado que el objeto bueno. *“La idealización excesiva denota que la persecución es la fuerza impulsora principal”* (p. 198) Julián refiere no poder confiar y “tirarse a la piqueta” porque su hija no le da señales de apertura al diálogo. Teme caer en un pozo depresivo si confirma que su hija lo odia. Dice extrañar a su hija pero no logra llegar a reparar. Klein nos dice: *“Me parece que solo cuando el yo ha introyectado el objeto como un todo y ha logrado mejores relaciones con el mundo externo y con personas reales, es capaz de comprender ampliamente el desastre creado por su sadismo y es especialmente por su canibalismo, y sentirse apenado por ello”*³ (1935, p. 276). La diferencia con la posición esquizoparanoide es que este nuevo *comprender* lo movilizaría al acto de **reparación**.

Julián dice sentir culpa. ¿Es esta culpa una consecuencia de su envidia excesiva? Dice sentir culpa por haber perdido a su ex que era *“tan buena, que lo conocía a él más que él mismo”*, por haber manejado mal la situación cuando la engañó pero lejos está de la reparación. Cada vez que su ex aparece por temas legales, J huye, la bloquea y evita todo contacto y comienzan las fantasías persecutorias. No puede conservarla como objeto bueno, ya que las dudas y sospechas hacen que se convierta en una perseguidora. Klein ha encontrado casos en los que estas sospechas paranoides son defensas contra la **posición depresiva** encubierta.

3 Klein, M. (1935). Contribuciones a la psicogénesis de los estados maniaco depresivos. En M. Klein, *Obras completas*, Tomo I, “Amor, culpa, reparación”. Paidós, 1991.

El fin

Julián avisa que el mes siguiente no vendrá más a sesión porque siente que llegó a un límite que no quiere atravesar ni pensar: la relación con su hija. No le pedirá perdón si ella no aparece antes. Refiere: *“No sos vos, soy yo, me ayudaste muchísimo hasta ahora, pero con mi hija tengo un NO GIGANTE”*. ¿Nos encontramos con la sofocación del amor con la correspondiente intensificación del odio? Esto es menos doloroso que soportar la culpa producida por la combinación del amor, odio y envidia. *“Creo que me estoy acostumbrando a no hablarle a mi hija, tengo otros planes... me imagino sin ella”*. Esto Klein lo piensa como defensa, el apartarse del contacto con la persona siendo esta independencia totalmente falsa.

¿Ha llegado Julián a un punto interesante de inicio de reparación, se asusta y se va? ¿Mis preguntas serán sentidas como ataques? *“Yo sé que vos querés que yo sea el Ogro”* (Nuevamente id. proyectiva en juego, él sabe lo que yo pienso). ¿Cómo encuentra salida al conflicto entre el amor, el odio y sadismo? Hay que rescatar que en vez de huir de la terapia, avisa un mes antes. ¿Quiso cuidar el espacio de su propio daño por las frustraciones sentidas tal vez? Avisa: *“Seguuuro que voy a volver, y muy pronto, lo sé, por favor no me abandones”*.

Bibliografía

Klein, Melanie (1926). “Los principios psicológicos del análisis infantil”. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Paidós, 1996.

Klein, Melanie (1930). “La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo”. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Paidós, 1996.

- Klein, Melanie (1935). "Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos". En *Obras Completas*, Tomo I. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- Klein, Melanie (1940). "El duelo y su relación con los estados maniacos-depresivos". En *Obras Completas*, Tomo I. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- Klein, Melanie (1946). "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides". En *Obras Completas*, Tomo III. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- Klein, Melanie (1957). "Envidia y Gratiitud". En *Obras Completas*, Tomo III. Buenos Aires: Paidós, 1991.

UN ENCUENTRO ENTRE CUERPO Y ALMA

Lic. Germán Augusto Martín

Al pensar en el psicoanálisis en el siglo XXI, uno de los temas que vienen a mi mente es el de la ideología de género. ¿Cómo pensar a estos pacientes?, ¿Cómo trabajar con ellos? no pretendiendo agotar la totalidad del abordaje en estas pocas páginas, pero sí buscando aperturar formas de trabajo, esperando que tal vez este breve escrito pueda favorecer el diálogo y el intercambio sobre un tema que nos convoca a ser pensado.

Para el presente trabajo tomaré el caso de Alma, una paciente trans, ya que considero que el trabajo con esta paciente me permitió ampliar mi mirada sobre esta temática y alojar de una mejor manera el material que traía, el cual en un principio me despertaba inconvenientes sobre cómo posicionarme y cómo escuchar lo que estaba diciéndome.

Alma es una joven de una localidad vecina, tenía 19 años al momento de iniciar análisis y se encontraba viviendo en la ciudad de Buenos Aires debido a sus estudios. El primer contacto conmigo respecto a ella fue con sus padres, quienes se acercaron manifestando estar “preocupados por su hijo”, refiriendo que estaba comiendo muy poco, prácticamente no salía y estaba teniendo discontinuidad en sus estudios notándolo ellos “un poco bajón”, por lo que consideraban que necesitaba análisis.

Al conocer a Alma me expresó que su preocupación no era en relación con esto que manifestaban sus padres, sino que el motivo por que cual quería comenzar análisis era por lo que llamaba “disforia de género”, refirió no estar sintiéndose cómoda en su propio cuerpo y que se había comenzado a autopercibir como mujer, algo que, según consideraba, se le estaba dificultando de poder tolerar a sus padres y que a ella le generaba angustia. Un detalle no menor es que Alma compartía mi segundo nombre, algo que ella sabía y fue relevante durante el proceso de análisis.

Las sesiones con en ese entonces A., fueron difíciles, a la distancia, con momentos de crisis en las cuales su malestar consigo misma aumentaba considerablemente, preocupándome por la situación debido a que cada vez comía menos, refería tener constantemente la necesidad de hormonarse para ser mujer, ya que si no lo hacía no podía sentirse como tal, recibiendo yo mensajes de sus padres constantemente, quienes estaban preocupados por su situación, haciéndose cada vez más evidente la desvitalización de la paciente y cómo, de alguna forma, iba atacando lentamente este cuerpo que no reconocía como propio y hacia el cual mostraba hostilidad constantemente.

Lo anteriormente expuesto me llevó a plantear tres puntos que considero importantes en el análisis de Alma:

El primero fue el aumento de sesiones, lo cual consideré necesario debido a la situación en la que se encontraba la paciente, por lo que la frecuencia pasó de una a tres veces semanales.

El segundo fue el plantearle que debía comenzar a comer, aunque sea un poco, elemento que considero importante ya

que el interés estaba en implicar a la misma en el cuidado de sí y en el aspecto vital del comer, permitiéndonos abordar otros temas que consideraba de fondo con más calma debido a la situación de la paciente, la cual vivía sola, lejos de su familia y, de no poder sostener esto, su familia refirió que iría a buscarla, algo que ella expresaba que no quería.

El tercero fue que pospusiera por el momento su tratamiento de hormonas, ya que consideraba que estaba siendo movida por una necesidad y no por un deseo y me preocupaba el impacto que pudiese tener esta decisión en su psiquismo, expresándole que me parecía importante que podamos preguntarnos por qué ella se planteaba que la única forma de considerarse mujer era hormonarse, entendiendo que ella podía elegir realizarlo de igual manera, pero que yo consideraba necesario plantearle este tercer punto.

Alma respetó los tres puntos que dialogamos, alimentándose, aunque sea una vez al día, conectándose en todas las sesiones y posponiendo el ir a solicitar un turno para el tratamiento de hormonas.

Tomando como referencia a Aulagnier (1991) en su artículo “Construir-se un pasado” me dio lugar a pensar la historización de Alma. Que hubiese elegido un analista con el que compartía su nombre me llevó a plantearme el temor que le generaba el dejar de ser A., de desaparecer junto con su nombre. ¿Qué iba a ser de A. cuando cambiara su nombre? ¿Y con su historia? ¿Qué pasaría con todo lo vivido? Si, como refiere la autora, la matriz relacional que se constituye en los primeros años de la vida y que es garante de la singularidad del deseo del yo no le estaba dando la estabilidad que necesitaba, sumergiendo a Alma en la angustia y ahogándola

cada vez más. Considero que el tiempo pasado y presente no estaban pudiendo conectarse, no pudiendo transformar en una ligadura causal esta ruptura entre un antes y un después.

Poner en memoria y en historia a Alma fue un punto indispensable en el trabajo con esta paciente, pudiendo dar lugar a que este tiempo pasado, este nombre que ella estaba decidiendo dejar con todo lo que significaba para ella seguir existiendo psíquicamente, ya que ella se planteaba por momentos que había desperdiciado gran parte de su vida siendo quien no era, no pudiendo ver que ella había sido y seguía siendo, que lo que había vivido no se perdía y que tal vez había sido necesario para que ella pudiese tomar esta decisión.

El afinar y ampliar la escucha, reduciendo sesgos que pudiera tener respecto a la temática de género que pudiesen limitar mi posibilidad de escuchar el material que la paciente traía fue imprescindible para poder trabajar con ella, alojándola desde la novedad que planteaba para mí este material clínico, a fin de poder aperturar también las preguntas de ¿Cómo reconocerse en lo singular al tiempo que se reconoce como parte de una red social?, ¿Cómo sexualizar ese cuerpo que rechazaba constantemente y que llegaba a no considerar como propio?

Tomando como referencia a Lo Russo y Reid, considero que Alma intentaba desasirse de ciertos mandatos e ideales, pero a la vez necesitaba ser reconocida por la instancia parental, padres que se mostraban como abiertos a la temática de género pero que tenían comentarios o acciones que contradecían esta presunta apertura, sacando por ejemplo su madre sin que ella se diera cuenta toda la ropa que ella quería llevarse a la ciudad en la que estudiaba. Su padre, por su parte, estaba posicionado

desde el lugar de que era algo que ya se le iba a pasar, que era solo por ahora pero que todo volvería a ser como antes.

Que Alma pudiese reafirmar su lugar, planteando con mayor firmeza su cambio de género, sumando el deseo por el cambio de nombre, llevó a que su madre lograra alojar esta demanda y comenzara a acompañarla en este proceso, no pudiendo posicionarse de igual manera su padre quien, al definir Alma junto con su madre su nuevo nombre, se mostró confundido y molesto, expresando que para él seguía siendo A. en una clara posición defensiva debido a la gran angustia que le generó este cambio.

El reconocimiento por parte de su madre y la elección de un nuevo nombre fueron imprescindibles para el trabajo con Alma, refiriendo ella que fue como si hubiese sido bautizada nuevamente, considerando que el nombre había sido sugerido por su madre, no siendo menor el nombre que había quedado, ya que pudo asociar en sesión la diferencia simbólica entre “cuerpo y alma” como un aspecto muy vital, pudiendo haber diferencias para ella entre ambos, las cuales podían ser aceptadas, ya que no solo implicaba una diferencia, sino también la posibilidad de un encuentro.

Creo que la elección del nombre permitió que se organizara internamente, dando la posibilidad de sexualizar nuevamente su cuerpo y pudiendo comenzar a desear nuevamente, cesando en este punto sus problemas de alimentación, sosteniéndose aún la idea de hormonarse, pero evidenciándose ahora como un deseo y no, como antes, como una necesidad, ya que el planteo pasó de ser que “necesitaba hacerlo para ser mujer” en su imaginario para ser llamada como tal a, posicionándose ahora como mujer, desear el tratamiento libremente y comenzar a desear de qué manera quería disfrutar y transitar su vida.

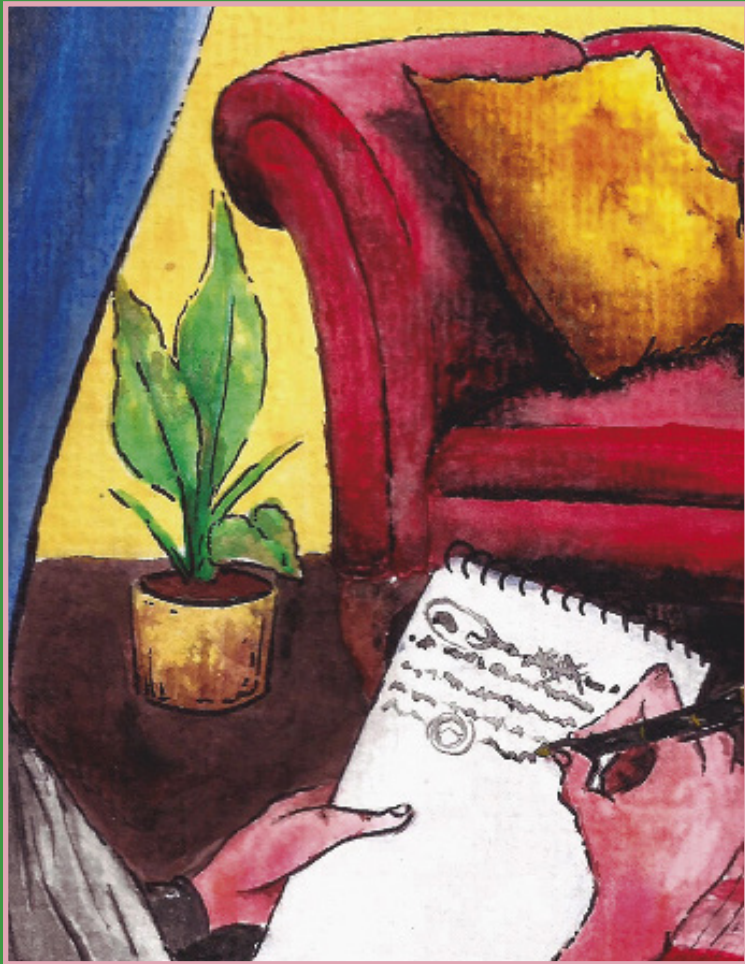
Considero importante con estos casos el prestarnos atención. Afinar la escucha, tanto de la paciente como de nosotros mismos, es imprescindible para que la misma no esté sesgada, permitiendo escuchar el material de forma clara y abordar el sufrimiento psíquico de los pacientes frente a lo que muchas veces, como en este caso, no pueden alojar ni ellos mismos.

Bibliografía

- Aulagnier, P. (1989). Construir(se) un pasado. *Psicoanálisis*, APde-BA, XII, n. 3 1991, pp. 441-467.
- Lo Russo, A. & Reid, G. (2020). Sobre género y diversidades sexuales en las adolescencias. En *Clínica con adolescentes. Problemáticas contemporáneas*, Ed. Entreideas.
- Sánchez Grillo, María del Rosario (2019). “Testimonio del proceso analítico con una niña anoréxica de seis años”, *Controversias en psicoanálisis en niños y adolescentes*, n. 25.

SECCIÓN 3

Psicoanálisis y cultura



CIUDAD OCULTA, LA SOMBRA DE LOS MUERTOS

Lic. Maiara Pinho Oliveira

Lo escrito empieza con el relato de un acto fallido que ocurrió en la semana de la lectura del texto *Duelo y melancolía*, acto fallido que en su momento me intrigó mucho, pero que después le pude encontrar sentido. Comienza el relato: Me preparé para ir al cine con mi pareja, íbamos a ver la película Silvia Prieto en el Cine Gaumont. Tomamos el subte y bajamos en la estación Plaza de Mayo. Cuando salimos de la estación yo me pregunté, ¿qué hacíamos allí? ¿Era un domingo por la noche y yo había cometido un acto fallido que nos haría perder la película! Estaba molesta e intrigada al mismo tiempo, todo el tiempo decía: ¿qué acto fallido, qué cosa! Mi pareja contestaba: fue solo un error... Caminamos en dirección del cine hasta llegar y me di cuenta de que la plaza del cine era la plaza del Congreso. Plaza de Mayo - Plaza del Congreso; madres y abuelas de la Plaza de Mayo - Congreso, con esos significantes lo primero que me vino fue: hicimos el camino de las marchas, ¡pero sin nadie!

Con casi media hora de retraso, intentamos entrar en la sala, pero no pudimos. La brillante película tenía su sala llena. La persona que nos recibió dijo que acababa de empezar otra película, es un thriller medio de suspenso, completó. Como somos amantes de las películas argentinas, no dudamos a

pesar de esta descripción sombría. Mi acto fallido nos llevó a ver *Ciudad oculta*, con la dirección de Francisco Bouzas, una película de la que yo no tenía “aparente” conocimiento.

Este comienzo parece un extravío más de este trabajo, yo lo sé, son las vicisitudes de la escritura, pero ahora llegó el momento de hacer un resumen de la película *Ciudad oculta*, relacionándola de modo personal (más allá de las discusiones propias del film) con el texto *Duelo y melancolía*, que fue el texto que de pronto me vino junto a las lágrimas al fin de la sesión (de cine). Intentaré no dar más vueltas.

El espacio donde se desarrolla la película es la Ciudad oculta, en Villa Lugano y uno de los personajes es la murga “Los locos no se ocultan”, que atrapa a todos los demás. Las imágenes y situaciones están siempre mezclando realidad (documental) y ficción, sueño y vigilia. Jonás, otro personaje, tal vez el principal, es un chico solitario, los amigos lo extrañan, está alejado de la murga y está constantemente perseguido por un jefe de policía, que a veces lo arresta. En el barrio mueren algunos chicos, jóvenes, amigos de algunos personajes, siendo esas muertes consecuencias de conflictos entre grupos del barrio con la policía. Parece importante decir que los jóvenes son, en su mayoría, inmigrantes de otros países de América Latina.

Después de la muerte de Iki, amigo de Jonás, este personaje empieza a sentir cosas raras como visiones y desmayos, pierde su interés por las cosas y personas, tiene sueños de angustia, penosos. No sabe aun lo que perdió más allá del amigo (de los amigos). Los personajes (Jonás y tres amigos) se embarcan con el objetivo de encontrar un cierto lugar donde están sus muertos, como una forma de despedirse, entregándoles algo preciado de ellos. En Jonás es evidente que algo de la natura-

leza de lo ideal fue perdido (Freud, 1917/1995) y se armó un yo pobre, vacío y delirante. Las sombras de lo perdido están por todos lados, en el Yo de Jonás, en los amigos, en el barrio.

Además de la murga, del barrio y de los amigos, hay un personaje que hace la conexión con los muertos, el jefe de la policía y su comisaría. En el día que muere Iki, Jonás estaba detenido sin razón en esa comisaría, “indigno, estéril y moralmente despreciable”, sufriendo “repulsión y castigo” (Freud, 1917/1995, pp.244). Jonás no se indigna, no se rebela, se presenta pasivo ante la humillación de la cárcel. Estando encarcelado, habla con uno de los muertos (los espectadores no sabemos si está despierto o en un sueño) y ve que allí hay algo como un portal por donde pasan los muertos, uno de los cuales Jonás verá en un sueño que tiene después. Dos de sus amigos tienen visiones con otros muertos y resuelven apoyarlo en un plan: robar la llave de la comisaría, pasar por el portal, charlar con los muertos y darles regalos. En ese intento, lastiman al oficial de policía, Jonás toma la llave y pasa por el portal con su ropa de murguero, que simboliza otra llave para pasar por el portal.

Es muy interesante ver que lo que soluciona el caso es justo traspasar el portal de la comisaría, local que simboliza los reproches, las autopuniciones, lo que humilla y desprecia. Para hablar con los muertos es preciso recuperar algo perdido hace mucho tiempo, la ropa de la murga, la historia, lo que anuda con lo real, con estar vivo. Eso es lo que recibe de los muertos: la llave para estar vivo.

Los muertos, sus espectros, están siempre presentes, renovándose a cada nueva muerte. El proceso de duelo colectivo de este grupo de amigos, tal vez, de esa comunidad, también

es constante. Jonás es el protagonista y mandatario de esos duelos siempre en renovación, al punto de no encontrar más su propio Yo; un proceso de escisión está en curso. Lo colectivo (no solo) en la película no se opone al sujeto en ese proceso melancólico, lo acompaña, lo apoya, conoce algunos caminos de salida, algunos portales. No todos saldrán vivos, pero algunos, esta vez sí.

Jonás y sus amigos reanudan con la murga, con el colectivo, con lo posible, con lo alcanzable, con la dignidad que el arte y la cultura cultivan en sus células, con lo que sustenta la vida social, con perspectivas sociales e individuales, o sea, con lo contrario de la melancolía. En la murga de la escena final hay alegría, pero con una cierta tristeza, propia del duelo, vivida en conjunto.

Al salir del cine, estando en frente al Congreso, representé o creé una ficción para mi acto fallido: hicimos el camino de las marchas ocultas, de los sujetos que están más visibles por la noche (para aquellos que les ponen su mirada), en las calles oscuras de un domingo. Sujetos que perdieron algo más allá de las cosas, de lo material, de sus familiares, de sus países, de sus barrios, de sus casas. A ellos (¿y a nosotros?), a su Yo, se queda atada la sombra de la muerte paulatina del estado. Quizá se agrupen como los chicos y las chicas de la murga, o como las madres y abuelas de la Plaza de Mayo a representar con palabras en la realidad sus más de 30.000 muertos. Quizá, como en la película, siempre se pueden recrear los portales que sostienen a quienes se pierden en el proceso de la pérdida social / política / histórica / capital / epistemológica (etcétera), como lo hacen ese agrupamiento que se queda dando vueltas en una plaza, ahuyentando las sombras de la muerte, recordando a los muertos con vida.

Referencias

- Bouzas, F. (Director). (2024). *Ciudad oculta* [Film]. Pensar con las manos.
- Freud, S. (1995). Duelo y melancolía. En Freud, S., *Obras completas*, T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917).

PROLEGÓMENOS PARA UNA GENEALOGÍA PSICOANALÍTICA DE LA JUSTICIA, O EL RETORNO DE UNA ILUSIÓN

Lic. Marco Antonio Negrón

Desde sus inicios la filosofía se emparentó con los problemas derivados de la vida en común, de ahí que la filosofía política se haya formulado preguntas en torno a la influencia de las emociones en la vida pública. Sin embargo, el pensamiento político contemporáneo se ha nutrido también de los descubrimientos psicoanalíticos de Freud para un acercamiento a la cuestión de la convivencia humana, incorporando ahora la influencia de las pulsiones en los fenómenos culturales.

Los aportes del psicoanálisis en esta materia no son escasos, de modo que Freud mismo es un autor que merece ser leído en clave política. Asumiendo críticamente sus aportes mitológicos para un abordaje posible de los fenómenos sociales derivados de la comunidad, que ponga en tensión la racionalidad política. De ahí que me permita rescatar dicha tradición literaria como una forma de pensar que no desmienta de sus condiciones de producción.

En un breve ensayo publicado en 1916 Freud se dedica a describir algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo

psicoanalítico, llegando al fin a la conclusión de tres tipos fácilmente reconocibles: los que delinquen por conciencia de culpa, los que fracasan al triunfar y los “excepcionales”. Dicho primer ensayo sostiene que los “excepcionales” son personas que reclaman “privilegios sobre los demás”, que su neurosis se anuda a una vivencia o a un sufrimiento que los habían afectado en la primera infancia, que pudieron estimar como un injusto perjuicio inferido a su persona. Los privilegios que reclaman tienen por fuente dicha injusticia infantil, al igual que la consecuente rebeldía, que agudizó el conflicto y llevó al estallido de la neurosis.

A través de la pluma de otros, Freud describe las formas en que la literatura presenta estos tipos de carácter. El personaje elegido para retratar sus descubrimientos es el *Ricardo III* de Shakespeare y su monólogo introductorio: “la naturaleza ha cometido conmigo una grave injusticia negándome la bella figura que hace a los hombres ser amados. La vida me debe un resarcimiento, tengo derecho a ser una excepción, y aun me es lícito ejercer la injusticia pues conmigo se la ha cometido”. Aspecto reconocible en nosotros mismos, exigimos resarcimiento por daños a nuestro narcisismo o amor propio. Este paradigma de la belleza como objeto de posesión inmotivada despierta en el observador desdichado el deseo de poseer aquel atributo condición para ser amado, y con ello la pasión de la envidia que revela la naturaleza arbitraria del universo y el consecuente reclamo del hombre.

También en su “Tótem y tabú” de 1913 refiere fundamentalmente sobre el conflicto derivado por la propiedad exclusiva de las mujeres por parte del padre, el arquetipo envidiado y temido de la horda primitiva. Dicha envidia primordial no se ciñe únicamente al padre sino fundamentalmente a los demás

miembros de la comunidad primitiva. El hombre que viola un tabú se vuelve él mismo un tabú porque posee la peligrosa aptitud de tentar a otros para que sigan su ejemplo. En este sentido la violación de un tabú es doblemente problemática para Freud, pues despierta la posibilidad de imitación, o contagio, y propicia el castigo temido por nuestros antepasados primitivos. Son el contagio y el castigo, pero también la homogeneidad de las mociones prohibidas los principales promotores del tabú, y como límite supremo de la envidia la persecución de la justicia.

Donde mejor se explicita esta relación que intentamos rastrear es el apartado “sobre el instinto gregario” en su “Psicología de las masas”. Nos ofrece un breve y prolífico análisis sobre las relaciones primarias entre pares, y el supuesto de un instinto que los aúna. Discute con Trotter la posibilidad de una pulsión gregaria, y se opone fundamentando que este sentimiento de masa se forma únicamente cuando los niños son muchos en una casa, como reacción a la envidia incipiente con que el niño mayor recibe al más pequeño. Este niño querría desalojar al recién llegado y expropiarle todos sus derechos. Sin embargo, ambos son amados, y son compelidos a identificarse entre sí, aventurando un ulterior desarrollo de este sentimiento de comunidad. La primera exigencia de esta *formación reactiva* es la de la justicia, el trato igual para todos. Lo que hayamos activo en la sociedad en calidad de espíritu comunitario no desmiente el linaje de “la envidia originaria”. De manera que el sentimiento social comunitario descansa sobre un sentimiento primero hostil de cuño positivo que deriva en una identificación. Freud invierte el *Herdentier* de Trotter por el *Hordentier* propiamente freudiano. Es decir, los que exigen trato igualitario lo hacen bajo el gobierno de un conductor de masas.

Este aspecto parece central en la obra de Freud, no solo la transmutación de un sentimiento hostil en identificación, o una envidia primaria en sentimiento de justicia, sino también que dicho régimen responde a una igualmente primaria figura castigadora. Así, lo que emparenta también a la justicia con la envidia sería la difundida amenaza sancionatoria.

En su “Porvenir de una ilusión” Freud resaltaré esta relación entre envidia, justicia y castigo. En la cultura, el mandamiento de no matar al prójimo se hizo en interés de la convivencia humana, de lo contrario sería imposible, atraería la venganza y la envidia, y una inclinación interna a cometer pareja violencia. El riesgo de muerte, igual para todos, reúne a los hombres en una sociedad que prohíbe al individuo el asesinato y se reserva el derecho de matar en común a quien infrinja esa prohibición. Ahí tenemos, pues, justicia y pena.

Finalmente, un tratamiento particularmente sensible debemos realizar sobre esta relación entre envidia y justicia en la conferencia de 1933 sobre la feminidad. Más bien por las dificultades teóricas que depara un concepto tan espinoso como la “*penisneid*”. De todos modos, Freud resalta que “el hecho de que sea preciso atribuir a la mujer escaso sentido de la justicia tiene íntima relación con el predominio de la envidia en su vida anímica, pues el reclamo de justicia es un procesamiento de la envidia. Ahora bien, intentemos retener únicamente esta relación generativa de una envidia infantil devenida sentimiento de justicia.

Discusión: Freud y la filosofía

De la Polis, Kultur y comunidad.

Nos vemos compelidos a propiciar algunas conclusiones espontáneas. La primera salta a la vista inevitablemente y es que la concepción de justicia que deriva de una envidia primaria versa fundamentalmente, y hasta casi exclusivamente en Freud, sobre una justicia puramente distributiva. Aunque es explícito respecto al resarcimiento de afrentas al narcisismo, no parece desarrollar ese argumento en torno a una justicia *restitutiva* o rectificatoria, centrando sus exposiciones en la posesión igualitaria de atributos u objetos. Desde luego, esta justicia distributiva es perfectamente armónica con su teoría de la diferencia sexual y la castración. No buscamos una teoría general de la justicia, ni una teoría de la justicia en Freud; más bien se trata de un ejercicio rastrea los indicios para un acercamiento posible a la cuestión de las desigualdades como manifestación patológica de las naciones, y una vía puramente teórica para sofrenar la creciente tendencia individualista que soslaya la vida comunitaria. En dicho sentido, Freud parece emparentarse con la filosofía clásica y moderna, pues tanto para Platón como Aristóteles o Epicuro, pero también para Nietzsche, la justicia responde a la humana necesidad de experimentar una vida buena, o una vida justa en el marco de la ciudad o la comunidad, que resguarde de perturbaciones que amenacen la relativa estabilidad entre sus miembros. Así como la justician le pone límite a la venganza en Nietzsche, y es el fundamento natural, la virtud suprema por excelencia de la vida buena en la polis para Platón y Aristóteles, en Freud se trata fundamentalmente de ponerle límite a la envidia pri-

maria; sin embargo no desconoce esta aparente función de la justicia que los filósofos clásicos y modernos reconocen. Es decir, que el límite superior de la envidia también se pone al servicio para el logro de una vida plena en *kultur*.

“si una cultura no ha podido evitar que la satisfacción de cierto número de sus miembros tenga por premisa la opresión de otros, acaso de la mayoría, es comprensible que desarrollen una intensa hostilidad hacia esa cultura que ellos posibilitan mediante su trabajo, de cuyos bienes participan en medida sumamente escasa. [...] una cultura que deja insatisfechos a un número tan grande de sus miembros y los empuja a la revuelta no tiene perspectivas de conservarse de manera duradera ni lo merece”. (1927, pp.12).

Bibliografía

- Danto, E. A. (2005). *Psicoanálisis y justicia social 1918-1938. Las clínicas gratuitas de Freud*. Madrid: Gredos, 2013.
- Forrester, J. (2001). “Justicia, envidia y psicoanálisis” (pp.23-53) en *Sigmund Freud partes de guerra. El psicoanálisis y sus pasiones*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (2008). *Nietzsche, la genealogía, la historia*. Valencia: Pre-textos.
- Freud, S. (1913). Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos. *O.C.*, Vol. XIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916). Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. *O.C.*, Vol. ¿? Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. *O.C.*, Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. *O.C.*, Vol. XX. pp. 87-146. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1927). El porvenir de una ilusión. *O.C.*, Vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. *O.C.*, Vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1933). Conferencia 33. La feminidad. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. *O.C.*, Vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Wotling, P. (dir.) (2008). *La justicia*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2008.

SECCIÓN 4

Investigando desde
el psicoanálisis



INVESTIGACIÓN EN PSICOANÁLISIS: LA TENSIÓN ENTRE LA BÚSQUEDA DE EVIDENCIA Y LA CONSTRUCCIÓN DE CONCEPTOS

Lic. Santiago Carballo

Introducción

El psicoanálisis abarca un amplio espectro de conceptualizaciones y enfoques relacionados con el aparato psíquico. Esta diversidad ha dado lugar a la formación de diversas escuelas lideradas por prominentes figuras, cada una con su propia visión sobre cómo entender el psiquismo. En 1923, Freud identificó tres dimensiones del psicoanálisis: como un método de investigación de los procesos psíquicos inconscientes, como una terapia fundamentada en esa investigación y como un cuerpo de conocimiento derivado de dicha exploración. Esta última dimensión la denominó “psicología profunda” o “psicología del inconsciente”, la cual dio origen a la práctica psicoanalítica (Freud, 1915), que se suele desplegar en los consultorios y en espacios de asistencia como hospitales o centros de salud.

Durante la primera mitad del siglo XX, el psicoanálisis dominó los círculos académicos y asistenciales, lo que contribuyó al desarrollo de un sólido marco conceptual en el ámbito

clínico. Sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo XX, las cosas comenzaron a cambiar con la llegada de nuevas orientaciones en psicología y estudios que cuestionaban la eficacia terapéutica del psicoanálisis (Eysenck, 1952). Esto llevó a una disminución en la demanda de análisis, e incluso en algunas partes del mundo, el psicoanálisis quedó restringido a círculos intelectuales, alejándose de la población en general, siendo excluida de las prestaciones de salud. Su presencia en el ámbito académico también disminuyó considerablemente. En paralelo se desarrollaron nuevas corrientes psicológicas con sus propias técnicas psicoterapéuticas, aumentando la oferta de las mismas. Mientras que en 1960 había alrededor de 60 orientaciones terapéuticas disponibles, esa cifra aumentó a aproximadamente 400 en 1986, sin contar la tercera ola de la terapia cognitivo-conductual, que generó aún más desarrollos técnicos (Bernardi, 2004).

Esto establece una tensión entre las formas en que se investiga en psicoanálisis abriendo la siguiente pregunta: ¿El psicoanálisis debe entrar en esta búsqueda de evidencia científica o debe seguir construyendo conceptualizaciones desde su propio marco teórico?

El psicoanálisis en la búsqueda de evidencia científica

Castoriadis (1998) refiere que la pasión es necesaria para la creación del conocimiento. Si no hay verdadera pasión, no puede sostenerse un proceso creador. El conocimiento en sí necesita la presencia del amor a la sabiduría, por eso el científico en su quehacer está orientado a partir de esta pasión a demostrar sus hipótesis. Pero no podemos dejar de abrir los siguientes interrogantes: ¿Dónde se encuentra la verdad? ¿En

los hechos o en el proceso creador del pensamiento? El psicoanálisis debe encontrar un lugar en esta tensión que existe entre la búsqueda de evidencia empírica y el teorizar.

En las últimas décadas, ha surgido la conceptualización del término “Medicina Basada en la Evidencia” (MBE). Esta terminología, propuesta por Gordon Guyatt, se refiere a un proceso objetivo para adquirir y aplicar la mejor evidencia científica en la práctica médica, especialmente en el ámbito de la atención sanitaria. El propósito de este proceso es seleccionar los argumentos científicos más sólidos para abordar cuestiones relacionadas con la salud (Junquera et al., 2003).

Esta búsqueda de una base más sólida en evidencia también se ha extendido a la práctica psicológica, particularmente en la validación de enfoques psicoterapéuticos. Esta tendencia ha dado lugar al desarrollo de investigaciones de gran tamaño, enfocadas en la búsqueda de pruebas de la efectividad de las intervenciones psicológicas. Esto ha contribuido significativamente al aumento en el número de enfoques de psicoterapia disponibles en la actualidad.

En el caso del psicoanálisis, es común que se le critiquen los modelos de investigación que utiliza y falta de investigaciones empíricas que respalden su eficacia. Paradójicamente estas críticas están más impregnadas de prejuicios que de evidencias. En estas últimas décadas hay varios grupos de psicoanalistas en la búsqueda de evidencia científica, a partir de investigaciones empíricas. Estas investigaciones suelen utilizar el meta-análisis, este es un método sistemático de comparación y análisis de estudios empíricos sobre el efecto de una variable independiente dentro de un tratamiento o intervención. Este método científico es considerado como el que ofrece mejores pruebas para una investigación. (Sánchez-Meca, 2010).

Dentro de este tipo de investigaciones podemos mencionar las siguientes:

- Abbas, Kisely y Kroenke (2009), quienes llevaron a cabo un meta-análisis de 23 ensayos aleatorios controlados que demostró la eficacia del tratamiento psicodinámico breve para trastornos somáticos.
- Además, se han realizado investigaciones en los dispositivos de psiquiatría del Hospital Policlínico de Milán, como el estudio de Bressi (2010), en el cual se concluye que la terapia psicodinámica breve es efectiva para pacientes con trastornos de ansiedad y depresivos.
- También existen estudios realizados por Maat y De Jonghe, quienes examinaron los efectos de la psicoterapia psicoanalítica de larga duración y encontraron su eficacia en un amplio rango de patologías.

Uno de los mayores exponentes de la investigación empírica dentro del psicoanálisis es el psicólogo inglés Peter Fonagy, quien ha impulsado y creado instrumentos de evaluación teniendo como eje fundamental la producción científica. Dentro de los desarrollos de Peter Fonagy podemos encontrar: la función reflexiva (mentalización), la terapia basada en la mentalización en pacientes con trastornos de personalidad y el vínculo. (Mitjavila, 2013).

André Green hace un contrapunto con las investigaciones clínicas, las cuales están constantemente exigiendo que se pongan a prueba las hipótesis y las conceptualizaciones psicoanalíticas. Por su parte, Green refiere que debemos reexaminar el término de lo “clínico”, que proviene de la medicina y tratar de diferenciarnos desde el pensamiento psicoanalítico. Green refiere que el psicoanálisis es un tipo de conocimiento

más amplio que el científico, ya que tiene como centro lo inconsciente y la experiencia que se da en las sesiones psicoanalíticas. Para este autor, la investigación psicoanalítica tiene que centrarse en producir nuevos conceptos, utilizando el método psicoanalítico para poder contrastarlo. De esta manera vuelve en cierta manera a lo expuesto por Freud en los inicios de nuestro campo disciplinar.

Green (2011) refiere que la “mente” que se da dentro de un laboratorio científico es distinta a la “mente” que se encuentra en el diván. Esto hace que esté en desacuerdo con Peter Fonagy, quien le da bastante importancia a la investigación empírica como un método para construir conocimiento científico. Green hace una distinción entre el Fonagy investigador y el Fonagy clínico, mostrando de esta manera la diferencia que encuentra entre estos dos modelos.

El psicoanálisis en la búsqueda de un pensamiento clínico

André Green (2011) refiere que hay que centrarnos en una investigación del tipo conceptual, pero que no solamente describa el aparato mental, sino que también nos dé la oportunidad de crear una verdadera epistemología del psicoanálisis.

Para esto empieza a desarrollar su concepto de “pensamiento clínico”, el cual es un modo específico de articulación entre teoría y experiencia práctica. Para este autor este tipo de pensamiento se pone en juego en la sesión analítica, creando así una causalidad específica, relacionada con los síntomas clínicos, asociada con las motivaciones inconscientes. Este tipo de pensamiento nos da parámetros, los cuales nos permiten analizar dentro de una sesión, para poder entender las

transformaciones que se dan dentro de las mismas (Green, 2011). También refiere que el pensamiento clínico tiene una característica dialógica, donde se ocupa del padecimiento del paciente y lo que el analista piensa y escucha (Green, 2011). En otras palabras, se propone como articulador entre la clínica y la construcción de teoría.

Autoras como Patricia Alvarez y Mara Sverdlik (2018) manifiestan que este modelo de investigación es propio del psicoanálisis y se encuentra dentro del paradigma de la complejidad, permitiendo de cierta manera una reciprocidad entre la experiencia y la construcción de objetos de estudio. Estas autoras refieren que el pensamiento clínico ofrece un objeto construido para ser pensado teniendo cuenta sus tensiones internas y generando así una fuente de reflexión (Álvarez y Sverdlik, 2018). Por último, tiene en cuenta el encuadre interno del analista el que permite incorporar procesos imaginativos y reflexivos, dando lugar a lo novedoso en la investigación psicoanalítica.

En la búsqueda de una ciencia psicoanalítica

Como observamos, esta controversia entre la investigación empírica y la investigación conceptual nos lleva al viejo debate de a qué tipo de ciencia pertenece el psicoanálisis. Freud (1985) en su texto “Proyecto de psicología para neurólogos”, intenta crear una psicología de ciencia natural, buscando una base material de los procesos psíquicos, para que sean cuantitativamente comprobables. Para eso intentó explicar el funcionamiento mental a partir de la interacción entre las neuronas. Más allá de que este texto es previo a lo que denominamos el inicio de la teoría psicoanalítica (que el mismo no

fue publicado por Freud) mucho de su ideario está plasmado en el mismo. En las últimas épocas hay autores que intentan hacer un entrecruzamiento entre psicoanálisis y neurociencias, buscando puntos de encuentro entre ambas disciplinas, volviendo a esta primera concepción.

Por otra parte, a la par hay un cierto consenso de integrar al psicoanálisis dentro de las ciencias hermenéuticas. Este tipo de ciencias se centran en el método interpretativo para poder comprender la vida psíquica de los sujetos. Esta forma de pensar el psicoanálisis nos aleja de la búsqueda de una base material, de observar hechos empíricos como forma de entender al ser humano (Ricoeur, 1965).

Conclusión

En conclusión, este contrapunto se mantiene abierto porque estas concepciones exploran en paralelo aspectos diferentes del psicoanálisis. La búsqueda de evidencia y del correlato material, nos mantienen en contacto y conversación con la ciencia contemporánea y nos da elementos para seguir actuando en dispositivos de salud o asistenciales. La investigación a partir del método psicoanalítico/hermenéutico nos ha llevado a avanzar en nuestro arte, dándonos insumos para nuestro marco teórico. La “ciencia psicoanalítica” tiene que incluir ambas concepciones, trabajando en paralelo, y en ocasiones haciendo puentes para entrecruzarse y retroalimentarse.

Bibliografía

Abbas, A., Kisely, S., Kroenke, K. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders: Systematic

- Review and Meta-analysis of Clinical Trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265-274.
- Alvarez, P., Sverdlik, M. (2018). "El pensamiento clínico en la investigación psicoanalítica". En *Psicoanálisis Latinoamericano Contemporáneo*. Vol. I. Buenos Aires, Gomez & Tauszik editores.
- Green, A. (2011). El pluralismo de las ciencias y el pensamiento psicoanalítico. *Revista de Psicoanálisis*. 68(23), pp. 283-301.
- Bernardi, R. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. *Rev. Psiquiatr. Urug.* 2004; 68(2): 99-146. Uruguay.
- Bressi, C., Porcellana, M., Marinaccio, P., Nocito, E., Magri, L. (2010). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy Versus Treatment as Usual for Depressive and Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial of Efficacy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198 (9): 647-652.
- Castoriadis, C. (1998). "Pasión y conocimiento". En *Hecho y por hacer*. Op. cit.
- De Maat, S., De Jonghe, F., Schoevers, R., Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harv. Rev. Psychiatry*, 17(1):1-23.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- Freud, S. (1915). La represión. En J. L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 135-152). Buenos Aires: Amorrortu.
- (1923). Dos artículos para enciclopedia: «psicoanálisis» y «teoría de la libido». *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 227-254). Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2010). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- (2011). El pluralismo de las ciencias y el pensamiento psicoanalítico. *Revista de Psicoanálisis*. 68(23), pp. 283-301.
- Junquera, L. M., Baladrón, J., Albertos, J. M., & Olay, S. (2003). Medicina basada en la evidencia (MBE): Ventajas. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 25(5), 265-272. Recuperado en 28 de agosto de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext
- Mitjavila, M. (2013) Investigación y aportaciones de Peter Fonagy: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2013/01/09/investigacion-y-aportaciones-depeter-fonagy-una-revision-desde-el-2002-al-2012/>
- Ricoeur, P. (1965) *Freud: una interpretación de la cultura*. México, Siglo XXI, 1970.

EL VÍNCULO CONYUGAL EN EL CONTEXTO DEL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS: UNA INVESTIGACIÓN DESDE EL PSICOANÁLISIS DE PAREJAS Y FAMILIAS

Dr. Caio Henrique Rangel Silva

Dra. Cidálida Maria Neves Duarte

Dra. Mary Yoko Okamoto

Es motivo de gran alegría escribir este artículo y presentarles un pequeño resumen de algunos de los resultados encontrados en mi investigación doctoral. El estudio se centró en la experiencia de la conyugalidad en parejas donde uno de los miembros fue diagnosticado con Enfermedad Renal Crónica (ERC) y estaba en tratamiento de hemodiálisis (Hd). La investigación buscó comprender cómo la conyugalidad se vio afectada por esta condición crónica, explorando las dinámicas del vínculo conyugal, la capacidad de contención y transformación de la pareja frente a las adversidades, así como las alianzas inconscientes que surgieron en este contexto.

Entendemos la conyugalidad como una formación que surge a partir del vínculo entre dos individuos que, juntos, originan la unidad llamada pareja. Para ello, es necesario que ambos se desvinculen de sus familias de origen y construyan un espacio común y compartido, denominado conyugalidad,

además de poseer alianzas inconscientes contraídas por la dupla. Se espera que haya un entrelazamiento de dos subjetividades, cada una con su respectivo pasado, que es reeditado en un tiempo presente, con la perspectiva de un futuro en común (Pignataro, Féres-Carneiro, & Mello, 2019; Ozório, Féres-Carneiro & Magalhães, 2017).

Los individuos pueden unirse a partir de elementos comunes, que en su mayoría son inconscientes, y del deseo de que el compañero pueda liberarlos del conflicto y de la condición de desamparo (Neves, Dias & Paravidini, 2013). Sin embargo, a lo largo del ciclo de vida conyugal, la pareja puede enfrentar crisis que afectan la estabilidad de la relación, como la enfermedad crónica de uno de los cónyuges.

Como se mencionó anteriormente, nuestra investigación se centró en el contexto de crisis desencadenada por la Enfermedad Renal Crónica. Esta es una condición caracterizada por la pérdida progresiva e irreversible de la función renal, incluyendo las capacidades glomerular, tubular y endocrina de los riñones. La hemodiálisis es el tratamiento más común para esta condición, funcionando como una tecnología sustitutiva de los riñones, conocida como “riñón artificial”. Aunque es esencial para la supervivencia, la hemodiálisis impacta significativamente la calidad de vida del paciente, su bienestar físico, desempeño ocupacional y dinámica familiar (Lins et al., 2018).

En este contexto de enfermedad, el vínculo conyugal asume una estructura singular, marcada por la intersección entre la vida y la muerte. El cónyuge enfermo enfrenta desequilibrios físicos y psíquicos, en los que las fronteras entre lo interno y lo externo se diluyen. La hemodiálisis, al purificar la sangre, ofrece vida, pero también representa una separación de lo esen-

cial para la supervivencia del paciente. Estos procesos suscitan profundas reflexiones sobre las representaciones psíquicas que pueden afectar a ambos cónyuges, destacando cómo el impacto emocional puede ser compartido en el vínculo conyugal.

Dada la importancia que la conyugalidad puede asumir en la vida de los individuos, nuestro objetivo fue conocer la experiencia de parejas en las que uno de los miembros tiene diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica y recibe tratamiento de hemodiálisis. Además, buscamos comprender, a partir de los referentes teóricos del Psicoanálisis de Parejas y Familias, las posibilidades de sostenimiento del vínculo.

Método

Este es un estudio exploratorio-descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con 8 parejas de nacionalidad brasileña y portuguesa, donde uno de los miembros estaba en tratamiento de hemodiálisis. Los criterios de inclusión fueron: relación superior a 6 meses, con uno de los cónyuges diagnosticado con ERC y en tratamiento de hemodiálisis durante más de 3 meses, edad igual o superior a 18 años, y en condiciones mentales y cognitivas para comprender los objetivos de la investigación. El reclutamiento se realizó hasta que se alcanzó la saturación teórica del material. Los instrumentos de recolección utilizados fueron el cuestionario sociodemográfico y clínico y la entrevista semiestructurada. Todos los datos fueron grabados con recursos digitales, y los discursos fueron transcritos en su totalidad. El análisis se realizó a partir de los principios de la Teoría Fundamentada en los Datos (Chamaz, 2009), con el uso del software NVivo. La investigación fue aprobada por la Comisión de Ética de la Facultad de Psicología y Ciencias

de la Educación de la Universidad de Oporto (Refª 2019/09-10b) y por el Comité de Ética e Investigación de UNESP – Facultad de Ciencias y Letras, Campus de Assis (CAAE nº 45916921.0.0000.5401). Todos los participantes leyeron y aprobaron el respectivo Consentimiento Informado.

Resultados y Discusión

La muestra estuvo compuesta por un total de 8 parejas heterosexuales (n=16), con distribución equitativa en cuanto al género. Siete parejas eran de nacionalidad brasileña y una pareja de nacionalidad portuguesa. En cuanto al rango de edad, las participantes de sexo femenino tenían entre 43 y 59 años, con una media de 50 años. Los participantes de sexo masculino estaban en el rango de edad de 42 a 63 años, con una media de 52 años. El tiempo de hemodiálisis varió entre 1 y 21 años, con una media de 7 años en tratamiento. Tres participantes de sexo femenino y cinco de sexo masculino estaban en tratamiento de hemodiálisis. El tiempo de relación de las parejas varió entre 4 y 45 años, con una media de 25 años.

A partir del análisis de los datos, se identificaron dos categorías teóricas principales:

- El vínculo conyugal pudo reorganizarse en el contexto de la hemodiálisis, permitiendo la continuidad de la relación.
- El pacto denegativo en torno a las angustias de muerte: de esto no se puede hablar.

Ante el impacto que la enfermedad y la terapia de hemodiálisis ocasionan en el vínculo conyugal, nos propusimos

comprender la experiencia de las parejas en este contexto. La conyugalidad se sustentaba mayoritariamente en el apoyo y cuidado ofrecido por el sujeto sano hacia el que se encontraba en condición de enfermedad. Además, el vínculo estuvo marcado por la renuncia, especialmente del compañero sano. La vida de la pareja se vio comprometida en el contexto de la enfermedad, siendo que el riesgo de muerte los expuso a una amenaza constante en cuanto a los planes conyugales.

A partir del diagnóstico de una enfermedad crónica, la pareja parece ser insertada en un contexto de crisis. En este sentido, Paiva & Brasiliano (2021), citando a Kaës (1997), postulan que el ser humano en crisis puede vivir un movimiento constante de *“organización, desorganización y reorganización permanente”* y describen la misma como un fenómeno de ruptura, lo que ocasiona, inevitablemente, sufrimiento psíquico a los involucrados. De esta forma, podemos comprender que el aspecto subjetivo de la crisis representa esa *“dolorosa ruptura de la continuidad del yo, de sus mecanismos defensivos, de su organización identificatoria y de sus ideales, de su manera coherente de pensar, de sentir, de actuar, de la confianza en los vínculos grupales a los que el sujeto pertenece”* (Kaës, 1997, apud Paiva & Brasiliano, 2021, p. 125). El vínculo puede asumir este importante lugar de elaboración de la crisis, ofreciendo apoyo y sostenimiento que permita a sus elementos la posibilidad de retomar la homeostasis (Paiva & Brasiliano, 2021). Las angustias que se despiertan frente a una condición desorganizadora externa pueden vivirse de forma tan intensa que la díada puede sentirse totalmente incapaz de construir mecanismos de superación. La capacidad de resiliencia del vínculo frente a las adversidades será preponderante para la manutención o ruptura del mismo.

Nuestros resultados revelaron que la conyugalidad pudo ser remodelada, reorganizada y transformada a medida que ocurrían determinadas experiencias vividas en el ámbito de la hemodiálisis. Frecuentemente encontramos una transformación de la misma partiendo de su dimensión erótica, que anteriormente existía en el vínculo y, de repente, se volvió hacia el cuidado. En este sentido, se nota que la presencia del compañero(a) en la vida cotidiana del tratamiento de hemodiálisis, asegurando el cuidado necesario al cónyuge enfermo, garantizando el apoyo afectivo-emocional y ofreciendo ayuda a partir de los recursos instrumentales parecen haber sido algunos elementos que manifestaban la manera en que se estructuraba la vida de las parejas.

La presencia de declive en la dimensión sexual de la pareja, así como la posibilidad de adaptarse y reorganizarse ante esta condición, fue uno de los elementos presentes en nuestros hallazgos. Según Couto et al. (2021), el acto sexual no es la única práctica responsable de la satisfacción sexual de la pareja, por lo que es necesario el intercambio capaz de promover emociones, afectos y comportamientos placenteros. Así, el deseo, la fantasía y las diferencias existentes entre los sujetos insertos en el contexto de la eroticidad pueden proporcionar la experiencia de satisfacción sexual (Silveira y Cerqueira-Santos, 2019). La posibilidad de encontrar otras alternativas para satisfacer el deseo, teniendo en cuenta las limitaciones implicadas por el tratamiento de hemodiálisis, puede reflejar la calidad de lo sexual como una manifestación de la singularidad construida por cada sujeto (Weissman, 2022). Para Kopittke (2022), la sexualidad en el contexto de las parejas permite que cada sujeto tenga acceso al compañero/a real –no solo reducido como un objeto interno– sino a otro sujeto

que está marcado por su presencia dentro de la relación. Este sujeto “real” puede ser reconocido en la forma en que se encuentra, es decir, las limitaciones impuestas por el tratamiento de hemodiálisis deben ser apreciadas por la pareja de manera que puedan renegociar los acuerdos que previamente regían el modus operandi de satisfacción del deseo sexual. La sexualidad de la pareja no estará limitada al coito, ya que las demás expresiones que involucran la libido pueden ofrecer a la pareja la percepción del deseo de conexión/fusión de ambos egos (Kopittke, 2022), es decir, la condición que marca el erotismo en la relación conyugal.

A pesar de que el contexto de la enfermedad trae limitaciones, observamos la manifestación de la resiliencia en el vínculo conyugal, según lo propuesto por Benghozi (2005). Esta operó a partir de la remodelación de los vínculos afiliativos de manera que se pudieran reorganizar las inversiones, acuerdos y proyectos que sostenían a la pareja. A partir de la flexibilidad existente en el vínculo, este pudo ser objeto de una nueva configuración considerando lo que es posible vivir dentro de la relación. La resiliencia permite el trabajo de remodelación de los lazos frente a las situaciones traumáticas en las que ocurre el desgarro de los mismos. De este modo, asumimos que las situaciones de crisis vividas, con su potencial de ruptura, pueden ofrecer a la pareja dos caminos: la reorganización del vínculo, actualizando su proyecto vital compartido, o la disolución del mismo, que en palabras del autor mencionado se denomina *“desmantelamiento de continentes psíquicos”*. La reorganización implicará el trabajo de remodelación de este lazo a través de la capacidad de resiliencia que puede estar presente en el vínculo, permitiendo que la pareja se convierta en un continente psíquico de las angustias vividas.

En cuanto a la segunda categoría, el pacto denegativo en torno a las angustias de muerte, pudimos observar que el tema de la muerte, tanto en lo que respecta a la posibilidad de fallecimiento, como en lo que se refiere a los pensamientos de los pacientes sobre el suicidio, parecían ser asuntos velados en el discurso de las parejas entrevistadas. Así, el pacto denegativo, establecido por la diáda, les permitió protegerse, evitando que se enfrentaran a la realidad traumática y perturbadora que la enfermedad y la hemodiálisis traen consigo. En este sentido, tanto el paciente como el cónyuge pueden recurrir a mecanismos defensivos para su supervivencia psíquica, como la negación o la represión, entre otros, que pueden dificultar la posibilidad de elaborar las angustias a las que ambos están expuestos. Observamos que, en la mayoría de los casos, los miembros de la pareja compartían este pacto, evitando hablar de la muerte o suicidio. Sin embargo, la falta de comunicación sobre estas cuestiones llevó a la creación de un silencio doloroso y lleno de angustias no expresadas, revelando la dificultad de la pareja para manejar estos temas.

A partir del concepto de alianzas inconscientes, podemos comprender los mecanismos subyacentes a las dificultades encontradas en los procesos de compartición entre los sujetos. El diálogo y la selectividad en torno a él pueden entenderse a través del pacto denegativo, una forma de alianza inconsciente en la que los sujetos establecen, de manera inconsciente, lo que se puede o no decir (Kaës, 2014, p. 103). Como describe el autor:

“Como todas las alianzas inconscientes descritas hasta el momento, el pacto denegativo se sitúa en el punto de enredamiento de las relaciones que son mantenidas por los sujetos y los grupos a los que están ligados, ya sea como

parte que recibe, ya como parte constituyente. La especificidad de este pacto es que se establece para garantizar las necesidades defensivas de los sujetos cuando forman o establecen una relación o para mantener esa relación. Tal pacto cumple, así, una función mitad defensiva para cada uno de los sujetos involucrados en él. Se establece, por lo tanto, con una modalidad de resolución de conflictos intrapsíquicos y conflictos que atraviesan una configuración de relaciones” (Kaës, 2014, p. 112).

Podemos observar que el pacto denegativo, manifestado a través del pacto de “silencio”, es cumplido por ambos sujetos. De este modo, se delimitan las restricciones sobre lo que está permitido o no hablar. Las alianzas inconscientes presentes en estos vínculos buscan proteger a los sujetos-pareja de la angustia de la muerte, tal vez como una forma de mantener al cónyuge enfermo siempre “vivo” y distante de la realidad de la muerte, todo esto facilitado por el pacto denegativo.

Conclusiones

El presente trabajo surge como una forma de comprender los elementos sobre la experiencia de conyugalidad ante el contexto de enfermedad de uno de los sujetos por insuficiencia renal crónica y en tratamiento de hemodiálisis. A partir de los aportes del psicoanálisis de pareja y familia, fue posible comprender algunos fenómenos que pueden estar presentes en el vínculo conyugal. Además, se reflexiona sobre los procesos que pueden favorecer, o no, la continuidad del vínculo conyugal, así como de la vida psíquica de los involucrados.

Es importante destacar que en este escenario el sujeto

enfermo no tiene elección en cuanto al tratamiento. Es imperativo realizar el tratamiento de hemodiálisis, siendo que la falta del tratamiento pone en riesgo la vida. De este modo, es indispensable la renuncia a la satisfacción personal del sujeto enfermo, para garantizar la continuidad de su existencia. En contraste, el cónyuge saludable mostró haber vivido una experiencia marcada por sufrimientos, de hecho, permanecer al lado del compañero/a conllevó intensas renunciaciones por su parte. Sin embargo, para este último se mantuvo la posibilidad de continuar o no en el rol de cónyuge. Además, fue posible identificar las alianzas inconscientes construidas por la pareja, específicamente el pacto denegativo. La angustia de la muerte, que se presenta como un elemento de orden real, es decir, la muerte del compañero enfermo que está constantemente expuesto a un contexto de vulnerabilidad. La ausencia de diálogo, especialmente en torno a la enfermedad, parece revelar un pacto de silencio para proteger el vínculo.

A pesar de las renunciaciones y pérdidas, algunas parejas pudieron encontrar satisfacción en el contexto del vínculo conyugal. Se pudo observar que algunas llevaron a cabo un trabajo vincular de manera que la vida de la pareja pudo transformarse a medida que emergían las necesidades, ya sean afectivas o instrumentales, en torno al tratamiento.

Referencias

- Benghozi, P. (traducción Marques, S.T.) 2005. Resiliência Familiar e Conjugal numa Perspectiva Psicanalítica dos Laços. *Psicologia Clínica*, vol. 17, n. 2, pp. 101-109.
- Charmaz, K. (2009). *Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis* (2006). Porto Alegre: Artmed.

- Couto, P.L.S., Vilela, A.B.A, Gomes, A.M.T., Cruz, N.F., Silva, J.K., Boery, R.N.S.O e Barbosa, B.F.S. (2021). Satisfação sexual de mulheres que fazem hemodiálise: análise correlacional com marcadores de vulnerabilidade social. *Saúde e Pesquisa*. Vol. 14(3).
- Kaës, 1997, *apud* Paiva & Brasiliano, 2021, p. 125 – ---- Paiva, M.L.S.C. & Brasiliano, S. (2021). Crise. In: Levisky, R.B., Dias, M.L. e Levisky, D.L. *Dicionário de psicanálise de casal e família* (1. ed. pp. 124-128). São Paulo: Blucher.
- Kaës, R. (2014). *As alianças inconscientes* (Cazarotto, J.L., trad.) São Paulo: Ideias & Letras (obra original publicada em 2009).
- Kopittke, C.L.C. (2022). *A complexa trama entre amor e desejo*. Debate: Sexualidade no casal na atualidade. Centro de Estudos Psiconalíticos (evento online transmitido em 13 de julho de 2022) São Paulo.
- Lins, S.M.S.B., Leite, J.L., Godoy, S., Tavares, J.M.A.B., Rocha, R.G. e Silva, F.V.C. (2018). Treatment Adherence of Chronic Kidney Disease Patient on Hemodialysis. *Acta Paulista de Enfermagem*. 31(1), 54-60.
- Neves, A.S., Dias, A.S.F. e Paravidini, J.L.L. (2013). A Psicodinâmica Conjugal e a Contemporaneidade. *Psicologia Clínica*, vol. 25, n. 11, pp. 73-87.
- Ozório, C.D., Féres-Carneiro, T. e Magalhães, A.S. (2017). Casamento dos Pais e Conjugalidade dos Filhos. *Pensando Famílias*, 21(1), pp. 19-32.
- Paiva, M.L.S.C. & Brasiliano, S. (2021). Crise. In: Levisky, R.B., Dias, M.L. e Levisky, D.L. *Dicionário de psicanálise de casal e família* (1. ed. pp. 124-128). São Paulo: Blucher.
- Pignataro, M.B., Féres-Carneiro, T. e Mello, R. (2019). A Formação do Casal Conjugal: um Enfoque Psiconalítico. *Pensando Famílias*, 23(1), pp. 34-46.

- Puget, J. e Berenstein, I. (1993). *Casal (Matrimonial)*. Definição, semelhanças e diferenças de outros tipos de relações diádicas In: *Psicanálise do casal* [trad. Settineri, F.F.]. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 3-11.
- Silveira, A.P. e Cerqueira-Santos, E. (2019). Homofobia internalizada e satisfação sexual em casais homossexuais. *Psicogente*. Vol. 22(41), pp. 1-18.
- Weissmann, L. (2022). *Debate: Sexualidade no casal na atualidade*. Centro de Estudos Psiconalíticos (evento online transmitido em 13 de julho de 2022) São Paulo.

REFLEXIONES SOBRE MECANISMOS ESQUIZOIDES DE UN CASO DE NEONATICIDIO, PARTE II

Dr. Constantin Lemeshko

Lic. Alejandra Derevianco

En la primera parte de nuestro artículo presentamos un panorama teórico, una descripción general del caso y materiales de las primeras entrevistas con Verónica (Lemeshko, Derevianco, 2023). Ahora revisaremos brevemente información adicional de los informes de los servicios sociales y pasaremos a una discusión general.

En abril de 2024, Verónica fue liberada tras cumplir su condena en prisión. La invitamos a mantenerse en contacto proporcionándole nuestra información, pero ella no tomó ninguna medida para establecerlo.

El objetivo del estudio fue probar la hipótesis sobre la participación de mecanismos esquizoides en la génesis de neonaticidio. Los resultados nos permiten identificar síntomas esquizoides manifiestos y latentes. Consideramos que los signos manifiestos son signos descriptivos que son fácilmente accesibles incluso con una observación superficial (Akhtar, 1987). Consideramos que características latentes del comportamiento y reacciones emocionales son posibles comprender sólo teniendo en cuenta la teoría psicoanalítica. Esto incluye

los resultados de exámenes forenses, resultados de entrevistas clínicas, resultados de test MMPI y test Casa, árbol, persona.

Características esquizoides manifiestas

Verónica claramente da la impresión de distanciamiento en las relaciones sociales. Esto se manifiesta principalmente en la apariencia, que se asocia con la presentación ante el entorno social. Recordemos también un elemento importante de la apariencia de Verónica: la falta de la fila superior de dientes. También escoge actividades solitarias, vive ensimismada y ausente. Una empleada la caracterizó a Verónica como “lograda de ser invisible”, “ella va con la corriente”. Los resultados de las entrevistas nos permiten concluir que no tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado (Gabbard, 2002).

La familia estuvo mucho tiempo en el radar de los servicios sociales. De su informe se desprende que Verónica y su hijo mayor habían llegado sucios y descuidados al hospital infantil estatal. Posteriormente, las autoridades tutelares trasladaron a los dos niños al Hogar Infantil debido a las condiciones insalubres de su apartamento, donde se percibía olor a orina, humedad, suelo sucio y excrementos de animales. Después de lo cual los niños quedaron bajo el cuidado de su bisabuela. Estos materiales también indican indiferencia hacia las normas sociales.

Características esquizoides latentes

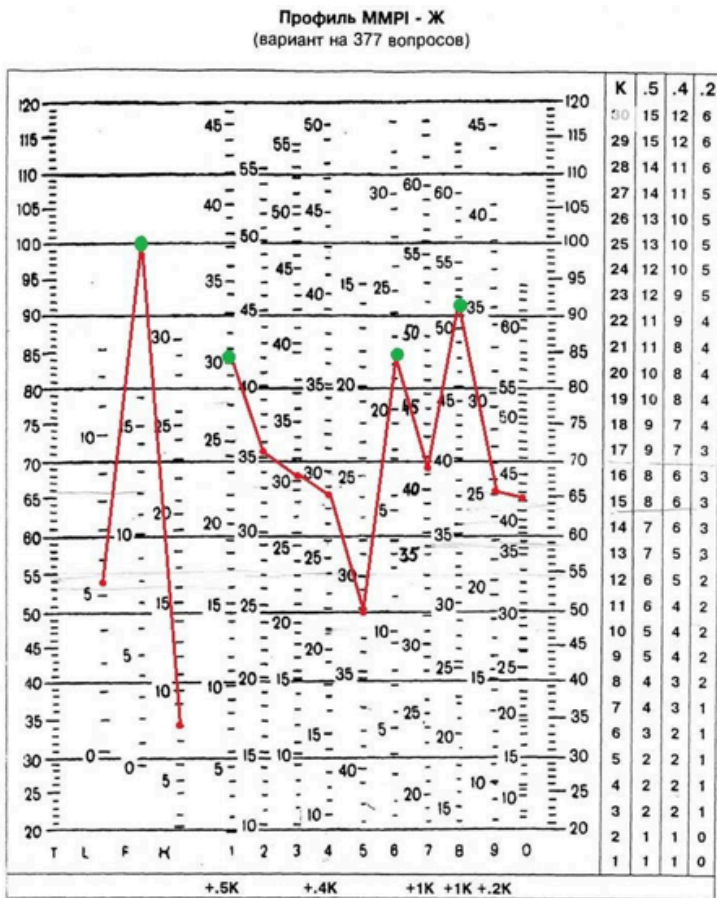
En nuestra opinión, las ideas de R. Fairbairn (1952) permiten explicar no solo los signos manifiestos esquizoides, sino también aclarar los resultados del test proyectivo, del test

MMPI, así como algunas características de los resultados de las entrevistas. El predominio del aspecto oral del “dar” sobre el “tomar/recibir” explica bien las condiciones específicas en las que vivía su familia. En otras palabras, un rasgo típico de la personalidad esquizoide es la incapacidad de preocuparse por los demás, lo que se ve claramente en el ejemplo de la actitud de Verónica hacia sus propios hijos. Aquí también podemos ver la participación de otro aspecto, en el que el objeto libidinal toma la forma de un objeto parcial. Es decir, en la representación subjetiva el objeto está deshumanizado, privado de vida subjetiva. Este mecanismo se manifestó más claramente en los aspectos forenses del neonaticidio. Después de matar al recién nacido, Verónica arrojó el cadáver a un contenedor de basura, lo que dio lugar a una investigación criminal. También cabe destacar la falta de voluntad de ocultar las huellas del crimen. Es decir, el cadáver de un recién nacido era identificado con basura o excremento para ser desechado.

Sin embargo, lo que más llama la atención en este caso es la incapacidad de distinguir entre la realidad interna y la externa. Al leer el informe del servicio social, notamos una total discrepancia entre la historia subjetiva de Verónica y los datos objetivos. Verónica había dicho que sus padres habían muerto el mismo día, cuando ella tenía 10 años. Por eso ella fue criada por sus abuelos maternos. Desde los 14 años fue criada en un hogar para huérfanos por la muerte de los abuelos. Según el informe del servicio social todo eso no es cierto. Del informe policial pudimos saber que la madre de Verónica la abandonó a una edad temprana y ella nunca tuvo padre. Fue criada por sus abuelos, que estaban vivos en el momento de las entrevistas. Por tanto, la información presentada por Verónica es fantasía.

Revisamos los resultados del test proyectivo “Casa, árbol, persona” en la primera parte del artículo. Aquí señalaremos que los resultados del test MMPI también son típicos de personas con trastornos de personalidad del Grupo A (Gabbard, 2002).

Los resultados del test MMPI



Consideramos que las reacciones de la transferencia-contratransferencia son muy intensas y activas desde la primera entrevista. Así, Verónica admitió que tenía miedo de que la conversación fuera sobre el crimen. Es decir, ella ha proyectado sentimiento de culpa y ansiedad paranoica a la entrevistadora (A.D.). La entrevistadora durante todas las entrevistas toleraba sentimientos de asco y condenación. En otras palabras, desde el inicio de la entrevista podemos notar el intenso trabajo de identificación proyectiva.

Conclusión

Estos resultados son preliminares. En esta etapa, teniendo materiales de entrevistas con una sola mujer, podemos decir que nuestra hipótesis sobre el papel de los mecanismos esquizoides en el neonaticidio fue confirmada. No obstante, los datos disponibles no nos permiten responder las preguntas que planteamos en la primera parte de este artículo. Sin embargo, los hallazgos preliminares sugieren que los niveles extremos de negligencia infantil deberían considerarse como un posible indicador del riesgo de neonaticidio.

Referencias

- Akhtar, S. (1987). Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *Am. J. Psychother.*
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. España, Médica Panamericana.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An Object Relations Theory of Personality*. Basis Books, New York.

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. Writings of Melanie Klein. Vol. III. *Envy and Gratitude and other works*, 1946-1963: 1-24.

Lemeshko C., Derevianco A. (2023). Reflexiones sobre mecanismos esquizoides de un caso de neonaticidio. *Devenir* (18): 68-97.

UN ANALISTA EN LOS INICIOS DE LA VIDA

Lic. Sebastian Nicolás Benítez¹

Lic. Carina Demarchi²

Estas líneas que decidimos escribir están dedicadas a cada Analista en Formación, pero también a cada niño que habite en él y a cada joven que anticipe el viejo que lleva dentro, y en él, un resto de niño o bebé que habita en lo profundo. Así parece que nos convertiremos en arqueólogos, escobillando restos, tratando de saber más.

Somos dos analistas en formación que nos encontramos en un viaje muy interesante mientras cursamos seminarios, en el que de pronto nos sentimos interpelados por diferentes motivos que nos llevaron a la observación de bebés, impulsándonos a investigar, cuestionar y pensar en las herramientas que tenemos y las que podremos adquirir, a lo largo de nuestro recorrido, ampliando nuestra mirada y profundizando nuestros sentidos.

Por un lado, uno de los analistas se siente convocado a esta experiencia a partir del relato de una de sus primeras docentes de seminarios, quien lo inicia en el mundo kleiniano, y le transmite la experiencia de observar los primeros momentos

1 Analista en formación de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.

2 Analista en formación de la Asociación Psicoanalítica de Córdoba.

de la vida mental de un bebé a partir de observarlo en primera persona. Asimismo, en los espacios de supervisión clínica, en los cuales se realiza la comparación entre las conductas del paciente en ese momento y las conductas que habría tenido al ser un bebé.

En la misma dirección, la otra analista se encuentra ante una pequeña paciente quien vivió una cirugía a días de nacer con carácter de urgencia por una rotación intestinal. La analista comienza a tener contacto desde su clínica con algo que la moviliza en interrogantes. Observa el juego de su paciente y comienza a ver la historia de esa niña que le muestra con sus juegos cómo opera al muñeco, lo corta con tijera y luego busca coserlo. Allí una analista inquieta busca como una arqueóloga y se encuentra con una experiencia primera y muy primaria, observa cómo el sufrimiento se conjuga en pasado y las emociones se reúnen en forma de recuerdo.

Pensamos que aquel analista, al observar un bebé como parte de su formación, comparte junto con este la difícil tarea de crecer. Uno lo intenta hacer en su profesión y el otro en la vida.

En este escrito, intentaremos contarte la importancia que tiene la observación de bebés para los analistas que se encuentran realizando su formación. Para ello, te comentaremos brevemente el método de observación de bebés que propone Esther Bick, luego describiremos los diferentes beneficios que tiene dicha experiencia e intentaremos ir transmitiéndote las primeras reflexiones y preguntas que este nuevo comienzo nos hizo emerger.

Acerca de Esther Bick y su método

Antes de describirte el método, queremos contarte sobre Esther Bick (1902-1983), quien nació en Polonia en una familia judía ortodoxa. Sus estudios los realizó en Viena, donde completó su doctorado, y allí conoció a Charlotte Bühler, quien la inspiró en su interés por la observación de niños pequeños.

Con el estallido de la Segunda Guerra Mundial, se refugió en Gran Bretaña. Durante la guerra, trabajó en Manchester colaborando en enfermerías y comenzó su análisis con Michael Balint. Más tarde se trasladó a Londres, donde finalizó su formación como psicoanalista. Allí comienza su segundo análisis con Melanie Klein.

En 1948, John Bowlby la invitó a trabajar en la Clínica Tavistock para dirigir la capacitación en psicoterapia infantil. Ocupó este cargo hasta 1960, después de lo cual se dedicó a supervisar a los psicoterapeutas infantiles en formación y a dar clases en el Instituto Psicoanalítico de Londres. Durante su tiempo en Tavistock, se destacó como docente y tuvo una habilidad especial para identificar y formar a estudiantes talentosos, entre los que se encontraban Mary Boston, Martha Harris, Frances Tustin, Irma Brenman Pick, Isca Wittenburg y Edna O'Shaughnessy.

El aporte más significativo de Esther Bick al psicoanálisis fue, sin duda, el desarrollo del *Método de Observación de Bebés*. Este método se lleva a cabo dentro del contexto familiar durante los primeros años de vida del infante, proporcionando una perspectiva psicoanalítica que ha sido fundamental para entender las ansiedades y defensas en la vida temprana del niño.

Ahora te contaremos sobre el Método de Observación de Bebés, que se divide en tres momentos:

1. **Observación:** en esta fase, observamos al bebé en su entorno familiar, utilizando un encuadre que tiene ciertas similitudes con el psicoanalítico. La observación se realiza durante el primer año o los primeros años de vida del bebé. Es crucial tener en cuenta que no solo se observa al bebé en sí, sino también las interacciones y vínculos que se establecen, como los entre madre y bebé, padre y bebé, hermano y bebé, entre otros.
2. **Registro:** posteriormente, llevamos a cabo un registro detallado de lo observado y de los sentimientos del observador. Este registro se realiza en las horas siguientes a la observación, para capturar de la manera más precisa que se pueda los detalles del comportamiento del bebé como las impresiones personales del observador.
3. **Discusión** grupal: finalmente, el material observado se discute en seminarios de pequeños grupos, que tienen una duración de aproximadamente una hora y media. Estos seminarios están coordinados por un analista experimentado, quien guía el análisis y la reflexión sobre los datos recogidos.

Una escena reveladora de nuestra experiencia grupal se desplegó durante la discusión del caso de una colega. Ella compartió el relato de su primer encuentro con dos bebés gemelos, un momento de profunda emoción que resonó intensamente en ella y en quienes escucharon su historia. El

grupo se convirtió en un refugio, un contenedor que suavizó y moduló las emociones de nuestra colega. En este intercambio, cada miembro pudo poner en juego la receptividad y aportó sus propios registros contratransferenciales, enriqueciendo el tejido de nuestra experiencia compartida.

Beneficios del Método de Observación de Bebés para el Analista en Formación

De acuerdo con las autoras, podemos favorecerlos en múltiples formas a partir de la implementación del método. Para ello, nos referiremos a las producciones de Esther Bick, Silvia Neborak, Violeta Fernández, Claudia Borensztein, Clara Nemas y Virginia Ungar.

Silvia Neborak () fundamenta en forma sintética la semejanza entre lo que sucede durante la observación de los bebés y lo que ocurre durante un proceso psicoanalítico, lo cual nos impulsa a embarcarnos en dicha práctica en beneficio de nuestra posterior labor analítica:

“La razón teórica de peso es que lo que acontece en el vínculo entre una mamá y su bebé es en muchos sentidos isomórfico con lo que ocurre en el corazón mismo del vínculo analítico, que es la transferencia”.

De este modo, podemos dar cuenta de los beneficios acumulados tras sucesivas instancias de observación en dicho entrenamiento. Esther Bick (1964), los detalla de la siguiente forma:

“Consideré útil para entender mejor la conducta no verbal del niño y sus juegos, y la conducta del niño que no habla ni juega, y, además, para ayudar al estudiante que entrevista a la madre, a que comprenda las informaciones que esta le da sobre la historia del niño. Al mismo tiempo esta experiencia puede ofrecer a cada estudiante una excelente oportunidad de observar el desarrollo de un bebé desde el nacimiento, poco más o menos, en el ambiente del hogar y en su relación con la familia inmediata, y de descubrir por sí mismo cómo se originan y se desarrollan dichas relaciones”.

Asimismo, los analistas en formación no solo se benefician de observar el vínculo entre el bebé y su cuidador, sino que además fortalecen sus habilidades en la concepción y la metodología del pensamiento científico. En el mismo texto, la autora también señala:

“Antes de concluir desearía referirme a algunos aspectos de la observación de bebés encarada como aprendizaje para la recolección de datos y la formación del pensamiento científico (...) Esto es muy importante, pues enseña a proceder con cautela y a confiar en las observaciones subsiguientes para la corroboración de lo inferido (...) Podemos verificar asimismo que los estudiantes aprenden a observar y sentir antes de apresurarse a teorizar, aprenden a tolerar y apreciar cómo cuidan las madres a sus hijos para llegar así a sus propias soluciones”.

Esther Bick destaca la particularidad de lo que sucede en la discusión grupal, en la cual los observadores pueden deducir, a partir de conductas concretas, formas en las que el bebé experimenta sus relaciones objetales. Posteriormente en

el proceso psicoanalítico, las mismas podrán ser observadas en el vínculo transferencial con su analizado.

Podemos decir, según Neborak, que el entrenamiento fortalece además en los observadores la adquisición de la actitud analítica, dado que durante el proceso fomentamos una posición receptiva al evitar juicios y críticas. Al abstenernos a ofrecer consejos o indicaciones, nos concentramos en entender el contexto y la dinámica vincular.

Este enfoque también nos ayuda a enfrentar y manejar nuestra propia ansiedad. Al resistir el impulso de intervenir para calmar nuestros estados emocionales, desarrollamos una mayor capacidad para tolerar altos niveles de ansiedad proyectados por otros.

Además, el entrenamiento refuerza la llamada “capacidad negativa” de Bion, que se refiere a la habilidad para soportar las incertidumbres que son un estado natural en los primeros momentos de la vida de un bebé. Otro de los beneficios que brinda la observación es un entrenamiento para captar los fenómenos transferenciales del paciente y los fenómenos contratransferenciales del analista que suscitan en la situación analítica.

Por su parte, Violeta Fernández plantea que la observación de bebés ayuda al analista en formación a desarrollar una capacidad de espera, dado que el tiempo disponible en la misma nos permite captar y entender sutiles detalles del desarrollo que no se ven en una consulta clínica rápida. Podemos notar pequeños gestos, cambios en la actitud y sonidos que, aunque parezcan simples, ofrecen mucha información. Al observar sus risas, llantos y miradas con calma, podemos distinguir matices emocionales y transformaciones en la relación entre el bebé y su cuidador. Por ejemplo, lo que comienza como

una interacción de cuidados básicos puede evolucionar hacia una conexión emocional más profunda y significativa. Esta paciencia y atención detallada nos ayudan a entender mejor cómo se desarrolla el vínculo afectivo y el crecimiento emocional del bebé.

La autora también sugiere que el analista se siente más capacitado para realizar entrevistas con los padres cuando recibe a un niño como paciente.

Finalmente, queremos destacar otro beneficio que aporta la observación de bebés al analista en su formación. Diferentes autores plantean la similitud entre el encuadre del observador y el encuadre en el proceso analítico. Por lo tanto, es relevante destacar que esta similitud en la observación facilita al analista la comprensión y asimilación de las normas y funciones asociadas al encuadre psicoanalítico.

La observación de bebés, al considerarse una experiencia que podemos describir como pre-clínica, ocupa una posición especial en relación con los conocimientos teóricos que un aspirante a analista estudia simultáneamente. La exposición a sentimientos intensos, la atracción hacia un entorno emocionalmente turbulento y el desafío de mantener el propio equilibrio emocional y sentido de identidad son características predominantes de esta práctica. Por ello, no es sorprendente que los candidatos la vivan como una experiencia de alta carga emocional. Esta realidad hace que la observación de bebés se convierta en una oportunidad de aprendizaje a través de la experiencia emocional, en lugar de un aprendizaje intelectual sobre algún tema.

Por su parte, Esther Bick plantea que al igual que en el enfoque psicoanalítico tradicional, el observador debe en-

contrar una posición que le permita cumplir su función con la menor distorsión posible en el entorno familiar. En lugar de introducir su propia personalidad de manera activa en la dinámica familiar, el observador debe permitir que los padres (especialmente la madre) lo integren en el contexto doméstico de la manera que les resulte más conveniente. Es esencial evitar situaciones que puedan provocar una fuerte transferencia infantil, así como una intensa contratransferencia.

Para finalizar, les contaremos algunas reflexiones y preguntas que nos fueron surgiendo en esta experiencia que venimos realizando.

Reflexiones

Aquí y ahora a través de este escrito, quisimos rescatar la curiosidad y el asombro, providencias que palidecen cuando la sociedad estructura la mente, y el vaso ávido de la curiosidad es colmado por el flujo de prejuicios o fanatismos. Debemos advertirte que no sabemos dónde y bajo qué cielo ha mirado y oído un Analista observador y un bebé. Demasiado humano uno y otro un diamante en bruto, los imaginamos juntos, captando sus gestos, demorando los instantes, conjugando sus miradas, experimentando sensaciones nuevas, acompañados por los sonidos, olores y emociones de la madre que tiene por delante, junto con los suyos, la crianza de un nuevo ser en el mundo.

Pensamos que la metáfora de los analistas como “arqueólogos” que escobillan restos emocionales y psicológicos evoca la idea de que el psicoanálisis no solo explora el presente, sino que también busca entender las raíces profundas del desarrollo emocional. Siguiendo esta metáfora, y comparándola con la

observación de bebés, el observador tiene la oportunidad de acceder a ver cómo se construyen esas “ciudades” emocionales y psicológicas que luego serán cruciales para entender el funcionamiento mental de los diferentes pacientes.

Reflexionamos que, en la actualidad, el método de observación de bebés adquiere una importancia renovada debido a las nuevas formas de parentalidad y los avances en los métodos de concepción, y la exposición de los mismos a la tecnología. Esta metodología puede ofrecernos valiosas perspectivas para comprender si estas innovaciones están dando lugar a nuevas configuraciones en el psiquismo del bebé.

Pensamos, a partir de nuestra incipiente experiencia, que la observación de bebés es algo muy importante para la formación de un analista ya que se verá beneficiado en su clínica para los diferentes pacientes con los que trabaje –niños, adolescentes y adultos. Sugerimos que se le otorgue un espacio significativo en las instituciones psicoanalíticas, reconociendo su valor en el desarrollo profesional de los futuros analistas.

Posibles interrogantes

Nos permitiremos plantear una serie de preguntas que fueron surgiendo al escribir el trabajo:

¿Qué aspectos del método de Esther Bick resultan ser los más desafiantes para los analistas en formación y cómo se pueden abordar estos desafíos?

¿Podría el método de observación de bebés transformarse en una herramienta de investigación para entender si hay nuevas configuraciones del psiquismo en las primeras etapas de la vida?

¿De qué manera la similitud entre el encuadre del observador y el encuadre analítico puede ser aprovechada para mejorar la práctica clínica?

Las primeras sensaciones que experimenta un bebé, junto con otras vivencias pre-verbales, constituyen parte de una historia y un cuerpo que, inicialmente, carecen de sentido. Son el lenguaje y la razón los que otorgan significado a estas experiencias. En este contexto, ¿podría la formación en la observación de bebés ayudarle al analista a que estas sensaciones sean identificadas, reconocidas y comprendidas durante el análisis?

Dejamos abierto estos interrogantes considerando de interés avanzar en la exploración de los orígenes del psiquismo humano, sus efectos en la configuración subjetiva y su manifestación en la experiencia de la clínica

Bibliografía

- Bick, E. (1964). “Notas sobre la observación de lactantes en la enseñanza del psicoanálisis”. *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XXIV, 4.
- Borensztein, C.; Neborak, S.; Nemas, C.; Ungar, V. (2004). “¿Por qué la observación de bebés en la formación psicoanalítica?”. Material para leer en el workshop de Observación de Bebés en el Congreso Psicoanalítico Internacional de Nueva Orleans.
- Fernández, V. (2021). La observación de bebés y la clínica psicoanalítica. Presentado en el Ateneo sobre Observación de Bebés de APdeBA.
- Neborak, S. (1999). “Observando-nos en los comienzos. Conjeturas acerca de las experiencias en la relación mamá-bebé que conducen al desarrollo de la capacidad de pensar pensamientos”. Presentado en Oviedo, España.

Neborak, S.; Fernández, V.; Weis, M.; Reingold, M. (2001). “Revisando el encuadre de la observación de bebés: la intervención ‘desatanudos’”, presentado en el XXIII Simposio de APdeBA: Psicoanálisis en la clínica y práctica actuales. Publicado en Observación de Lactantes, Vol. II, Bs. As.

Notas del Grupo de Observación de Bebés de APdeBA. (2024).

Página Web: <https://melanie-klein-trust.org.uk/es/writers/esther-bick-3/>