

EL LUGAR DE LA UNIVERSIDAD EN LA FORMACIÓN
ANALÍTICA. La disponibilidad del analista: un constructo
multidimensional

Silvia Saraceno Fasce

Introducción

El presente trabajo tiene como propósito establecer la articulación existente entre el psicoanálisis y la universidad intentando dar respuesta a la pregunta ¿Se puede enseñar Psicoanálisis en la Universidad? y si es así ¿qué se puede enseñar sobre Psicoanálisis en la Universidad?

Desde hace mucho tiempo es innegable la vinculación que existe entre las Sociedades Psicoanalíticas y la Universidad, sin embargo la articulación entre las mismas ha sido resistida hasta épocas más recientes, cuando, un grupo de analistas lograron poner en dialogo desarrollos tanto teóricos como empíricos con la finalidad de establecer un marco apropiado para la realización de trabajos de investigación, logrando ligar el psicoanálisis con la vida académica y la investigación científica de acuerdo a las exigencias contextuales actuales.

Como ejemplo de las investigaciones que se suscitan a través del vínculo establecido se expondrá a continuación un extracto de la investigación realizada en la Maestría en Psicoanálisis, creada en forma conjunta por la Universidad del Salvador (USAL) y la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), instituciones que cuentan con una extensa trayectoria reconocida en nuestro medio.

El propósito en este escrito es ejemplificar en forma empírica y no solo a través de la teórica, lo que se puede lograr cuando se trabaja en forma conjunta e integrada, superando divergencias y centrándose en las convergencias. Es decir, poniendo foco en lo que une y no en lo que separa, lo cual dará lugar a un diálogo permanente, el cual se impone como tarea central en nuestra práctica, produciendo y repensando conceptos en un entorno ético adecuado que permitirá un intercambio dinámico, complementario y enriquecedor.

Esto logrará poner al Psicoanálisis en el centro de la escena, quedando como protagonista del proceso educativo, demostrando que sigue adecuándose a las

demandas y los cambios epocales, enfrentándose así, a uno de los desafíos que los cambios epistemológicos y contextuales imponen: la investigación y la transmisión de los resultados obtenidos a la comunidad científica, lo cual permitirá abrir debates fructíferos con bases empíricas sólidas.

La disponibilidad del analista

En la presente investigación se realizó una articulación teórico-técnica que permitió desarrollar el constructo “disponibilidad del analista”, discriminando sus cualidades y sus funciones, contribuyendo a dar respuesta a la pregunta ¿Qué se entiende por disponibilidad del analista?

Esta pregunta surge a partir de la diversidad de situaciones clínicas que se nos presentan cotidianamente, las cuales requieren en consecuencia una diversidad técnica de abordaje. Desde los trabajos de Freud sobre transferencia y su referencia al trabajo analítico hasta la actualidad se han ido desarrollando diferentes perspectivas acerca de las formas que va tomando el encuentro paciente – analista, poniendo de manifiesto que no hay una teoría de la técnica que tenga aplicación universal y que sirva para todos los pacientes a lo largo de su vida. Es decir, si la clínica va cambiando, la teoría tiene que acompañar ese cambio.

Desde este lugar se considera necesario brindar al lector los conceptos que lleven a entender la importancia que reviste la actitud de disponibilidad frente a la clínica actual poniendo el acento en lo que el analista puede aportar a la relación terapéutica y no solo en la investidura que puede hacer el paciente sobre el analista.

Es así como a través de la articulación del trabajo conceptual realizado y del trabajo de campo sobre un grupo de analistas expertos¹, se pudo dar respuesta a la pregunta de esta investigación, definiendo la Disponibilidad del analista como un constructo multidimensional, donde existe un claro compromiso de la subjetividad del analista, que se expresa a través de un amplio espectro de cualidades personales y de funciones instrumentales, tanto conscientes como inconscientes que podrán activarse en el encuentro analítico.

Cualidades y funciones

Las cualidades personales darán respuesta a la pregunta ¿quién soy? de manera tal de poder profundizar las cualidades que tendría que tener un analista disponible durante el proceso terapéutico. Considerando que no solo el encuentro entre analista y paciente está determinado por aspectos inconscientes, sino que la persona real de ambos está igualmente comprometida en este intercambio, influyendo en la situación clínica y pudiendo facilitar o no el proceso analítico.

¹ Madeleine Baranger, Moty Benyakar, Hilda Catz, Héctor Fiorini, Carlos Nemirovsky, Horacio Rotemberg, Janine Puget, Ruben Zukerfeld.

Desde esta perspectiva, volcamos nuestra atención no solo a las características del paciente y en su modo de procesamiento psíquico sino también a las cualidades actitudinales del analista, es decir cómo está dispuesto a comportarse u obrar, al decir de Fiorini (2002, p.107) que “la presencia personal del terapeuta no actúa como un agregado perturbador del campo terapéutico, sino como parte nuclear del instrumental técnico”. Desde esta perspectiva resulta, entonces, de sumo interés estudiar cómo participa la persona del analista en la experiencia analítica, cómo impactan los diferentes aspectos de su personalidad y su propia historia

También la respuesta a pregunta ¿quién soy yo como analista? toma en cuenta las cualidades aptitudinales, donde se hace referencia al conocimiento o a la capacidad para desarrollar su actividad, es decir como ha elegido sus teorías de referencia teniendo en cuenta su formación, su supervisión y su propio análisis. Y como va a poner en juego toda esa complejidad en un contexto determinado con un paciente determinado.

Es aquí cuando, reflexionando sobre la función analítica, surge la pregunta “¿qué hago? Freud nos ha señalado que para llevar adelante un análisis es necesario conducir al paciente a descifrar desde un contenido manifiesto la búsqueda de lo latente haciendo consciente lo inconsciente, mediante el levantamiento de la represión, “la vía de levare” posibilitando de esa manera el cambio psíquico buscado. Para ello se requiere el establecimiento de una transferencia adecuada, cuya idea central es la reedición con el médico de toda una serie de vivencias psíquicas anteriores que no se viven como algo del pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico. Este mediante la interpretación creará diferencias en relación del pasado que se repite en lo actual, develando así, el significado oculto de las comunicaciones del paciente ayudándolo a comprender y recordar, de ello resultará la eficiencia analítica y el éxito del tratamiento.

Para que lo anteriormente mencionado pueda llevarse a cabo es necesario que el paciente tenga un reconocimiento de la alteridad, del otro, que la representación cosa haya dado lugar a la representación palabra y se despliegue una situación vincular posibilitadora de cambio.

Una situación diferente se presenta con muchos de los pacientes que acuden hoy a nuestros consultorios: los mismos presentan características diferenciales en relación con la psiconeurosis, son pacientes que se hallan en el nivel preedípico, patologías narcisistas, estos pacientes ponen “en tensión el clásico dispositivo analítico de hacer consciente lo inconsciente, dejando al descubierto que en esta clínica no es suficiente el levantamiento de la represión para que la traza algo anémica se haga mnémica” (Tesone, 2017,p.2)

En ellos existe situaciones de desamparo inicial, falta básica, con puntos de fijación preedípicos, poseen déficit de angustia señal y de representación, con predominancia de mecanismos de escisión en especial la que refiere psique/soma donde en ciertos casos se observan alteraciones de la imagen

corporal y en otros una terrible exigencia infringida al cuerpo. Evidencian una tensión crónica que se manifiesta en las perturbaciones en el proceso de pensamiento, perturbando el trabajo asociativo en especial cuando se refiere a procesar duelos en el presente. También muestran un lenguaje sobreadaptado y en ocasiones catártico. Son exigentes consigo mismos y altamente demandantes, manifestando, además, seria perturbación en las relaciones interpersonales en tanto el objeto no puede ser reconocido en su alteridad, siendo solo una prolongación de si-mismo.

Es, entonces, en este tipo de situaciones donde nos enfrentamos a un sentir de “necesitar algo más” y comenzamos a preguntarnos la posibilidad de flexibilizar el abordaje terapéutico clásico, en un intento de acercamiento entre teoría y práctica clínica, poniendo el acento en lo que el analista puede aportar a la relación terapéutica y no solo en la investidura que puede hacer el paciente sobre el analista. En este punto coincidimos con el posicionamiento clínico de D’Alvia y Maladesky (1991) cuando explican:

“...la atención no debe estar dirigida a la espera de asociaciones y producciones del inconsciente. Por el contrario en el inicio, predominará una actitud de receptividad y flexibilidad, [...] dirigida a desarrollar un espacio potencial que dé lugar a lo que podría ser analogado con la actividad de un “yo auxiliar” asistente que permita la progresiva investidura y desarrollo de las funciones deficitarias [...] una actitud activa reanimadora, que agregue una dosis de energía estructurante. ” (D’Alvia y Maladesky, 1991, p, 186)

Es así como siguiendo la perspectiva psicoanalítica vincular de J. Puget e Isidoro Berenstein (1997), se considera necesario ampliar el posicionamiento analítico teniendo en cuenta “tres espacios psíquicos”: lo intrasubjetivo, lo intersubjetivo, y lo trans-subjetivo. Es decir, considerando, un mundo interno donde el sujeto aloja las representaciones de su cuerpo, así como las del propio funcionamiento mental, otro un mundo interpersonal donde el yo está con otros, en alguna relación de privilegiada intimidad y, por último, el mundo circundante o sociocultural, dado que como expresó Pichon-Rivière (1971) el hombre como ser en situación, es imposible de ser abordado sin tener en cuenta el contexto geográfico y social en el que surge.

Dado que, son pacientes que al decir de Killingmo “la propia evolución del yo ha sido dañada” (Killingmo 1989,p.111), es decir no estamos frente a pacientes de conflicto sino a pacientes con un déficit en la estructuración de la imagen de sí mismos, del *self*, tales como las personalidades narcisistas y los pacientes fronterizos, donde se pone de manifiesto “la carencia, el exceso o inadecuación” (Zuckerfeld 2006, p.4) de los cuidados elementales que el sujeto debería haber recibido durante las diferentes etapas evolutivas.

Cobra importancia, entonces, la actitud de disponibilidad del analista para lograr la instalación de estos pacientes dentro del proceso analítico o sea “nuestra tarea más inmediata será lograr el anidamiento del proceso analítico” (Bichi, *et.al.*, 2002, p.162) ya que generalmente no llegan a tratamiento con una demanda genuina de análisis. Al decir de Liberman que “consultan cuando se encuentran en una situación de riesgo de la cual no tienen registro, si bien permiten que el médico la reconozca. [...] “Me dijeron que tengo la luz roja prendida”. El “me dijeron” revela precisamente que él no había registrado el riesgo al que se refería” (Liberman y col, 1982, p.846)

Desde este lugar se considera que: si el analista se implica en el vínculo analítico desde esta posición de disponibilidad, su quehacer no quedaría circunscripto a realizar *una función* sino que su disponibilidad quedaría plasmada en poder realizar *diferentes funciones*, de manera tal de permitir que estos pacientes se instalen y mantengan el proceso analítico, dando cuenta así, de una disponibilidad variable y no constante, lo que nos permitirá movernos entre diferentes posiciones instrumentales.

Es decir: ayudando a crear nuevos trayectos de pensamiento, transformando la actividad pulsional inicial a un estatus de mayor capacidad elaborativa, disponiendo de las condiciones que permitan el desarrollo de los fenómenos transferenciales intensos, característicos de estos pacientes, sosteniendo, empatizando, conteniendo, y utilizando la interpretación como instrumento primordial siempre que sea posible. Se usará, además, la imaginación y creatividad para lograr profundizar el diálogo analítico, ofreciéndose al decir de Winnicott (1968) como un objeto más de la caja de juegos para ser “usado” por el paciente. Así se brindará la necesaria constancia de objeto que faltó de manera tal de ofrecer una nueva adaptación ambiental digna de confianza. (,2015-2016)

Bolognini (2004) brinda una metáfora que ayuda a pensar en este sentido:

“Es esencial que todo navegante zarpe en su embarcación llevando consigo el equipaje técnico y cultural necesario para enfrentar el mar, en las mejores condiciones; pero el navegante suficientemente experto sabe que deberá adaptar sus propias técnicas al mar y al tiempo, y que cada viaje será, en alguna medida, imprevisible y distinto de los precedentes.” Bolognini (2004, p.197)

Para ello será necesario flexibilizar el encuadre, sin que pierda su especificidad, y a su vez utilizarlo como herramienta diagnóstica de manera tal de poder variar entre las diferentes posiciones instrumentales permitiendo el despliegue de la subjetividad del paciente acompañándolo en las diferentes etapas del proceso.

Tal es el caso de Camila, 28 años, Economista, llega a tratamiento derivada por su médico clínico con el siguiente relato:²

“Hace dos semanas empecé con un fuerte dolor de estómago fui a la guardia me hicieron una evaluación y no tenía nada. Fui a mi médico clínico quien confirma el diagnóstico del médico de guardia, pero ese día además me dolía mucho la cabeza y me parecía que tenía una infección urinaria. Me hizo estudios y nada, entonces me mando a un psicólogo y me dio tu nombre. No entiendo porque...”

La paciente no muestra percepción de sufrimiento psíquico ni se interroga acerca de sus síntomas solo vienen porque la mandan. A fin de poder iniciar un tratamiento le indico empezar con una frecuencia de dos veces por semana, cosa que rechaza y dice *“con una alcanza y sobra”* acepto su propuesta con la esperanza que esto se modifique en el futuro.

El tratamiento se realiza “cara a cara” ya que, a mi entender, el ofrecimiento de una sostenida atención a través de palabra y la mirada del analista ayuda a crear un espacio entre el si-mismo y el otro que actúa como sostén para poder desplegar la situación analítica. Es decir, se trata de agregar dos funciones más al rol del analista en la relación transferencial: la de *sostener* (Winnicott) y la de *contener* (Bion). (Masud Khan, 1991)

Durante los primeros 8 meses del tratamiento llega tarde a casi todas las sesiones, incluso falta a varias no aceptando ninguna intervención al respecto. Habla sin parar de la ruptura que tuvo recientemente con su novio, de sus amigas, de los inconvenientes que tiene en su trabajo y escasamente de su familia que solo la nombra bajo mis preguntas. Comenta que es muy unida con su madre y hermanas y que su padre falleció hace un año de cáncer, pero que para ella *“ya fue”* Le cuesta poner límite a la sesión y sigue hablando mientras la despido y la acompaño en el ascensor.

Si bien los síntomas somáticos comienzan a desaparecer, el discurso de la paciente seguía siendo vacío, repetitivo, sin posibilidad de reflexionar o asociar mientras mi contratransferencia pasaba del aburrimiento a la angustia a pesar de las continuas supervisiones.

Con motivo de las vacaciones me fui de viaje durante 20 días previo aviso a mi paciente de esta ausencia, pareció no darle demasiada importancia diciendo *“nos vemos a tu vuelta”*. A los pocos días recibo un llamado de Camila, me asombro dado que nunca había llamado entre sesiones salvo para suspender, así que devolví el llamado a la brevedad.

La encontré llorando, diciendo que se ahogaba, que tenía taquicardia y todo le daba vuelta. Había ido a la guardia y le dijeron que era stress, pero ella sentía que se moría y decidió llamarme.

² El caso clínico se expondrá en primera persona a fin de mantener el hilo discursivo suscitado en el encuentro paciente – analista.

Hablamos casi una sesión por teléfono, le indique que vea a un psiquiatra de mi confianza (presumiendo ataque de pánico), que yo me iba a contactar con él y que luego me vuelva a llamar, aceptó de inmediato.

Dos veces más nos pusimos en contacto durante mi viaje, me contó que el psiquiatra confirmó mi diagnóstico y que la había medicado. Se sentía más tranquila y con menos síntomas, pero tenía miedo de que estos reaparecieran con la misma intensidad que antes.

Cuando volví de mi viaje, nos volvimos a encontrar y le volví a proponer tener sesiones dos veces por semana, con su compromiso de no llegar tarde y no faltar, como condiciones del tratamiento.

Desde ese día cumplió con lo pactado y empezó a aceptar mis intervenciones con otra escucha, en forma más reflexiva. Trabajamos el tema de mi ausencia asociándola con “otras ausencias”, pudimos comenzar a hablar de la muerte de su padre. Ella había sido la única que se había hecho cargo de todo, según sus propias palabras, sus hermanas seguían con su vida y su madre simplemente no podía. Había desafectivización en su relato.

Se arregló con el novio empezando a planificar el casamiento. Ese día llega a sesión diciendo que está triste porque su padre no iba a poder estar en un momento tan importante para ella. Toda la sesión giró en torno a los diferentes tipos de presencia posibles.

Nuestro próximo encuentro fue muy movilizante para Camila, llorando contó que había encontrado una cadenita que le regaló su padre (que desde ese momento lleva puesta), que se había dormido cansada de tanto llorar y que por primera vez había soñado con él y que le decía que todo estaba bien.

Sus síntomas somáticos empezaron a ceder de a poco (hoy todavía manifiesta uno que otro mareo), ha logrado un grado mayor de integración psíquica, permitiéndose detenerse, reflexionar y comenzar a elaborar angustias provenientes de la pérdida del objeto. O sea, un camino de mayor adquisición simbólica con el correspondiente reconocimiento de la alteridad.

La instalación y el mantenimiento de este proceso, se logró a mi entender, gracias a la flexibilidad del encuadre, es decir considerando el tránsito desde del encuadre ideal al encuadre posible (Benyakar, M-Lezica Álvaro, trabajo en elaboración, s.f) Si bien ellos se refieren a situaciones disruptivas, es un concepto plenamente aplicable a pacientes que se ubican en el terreno de la difícil analizabilidad, ya que muchas veces hay que correrse del encuadre ideal para favorecer los procesos de cambio buscados.

Green (2002) también ayudará a reflexionar sobre el encuadre y nuestra actitud como analistas frente a él, a modo de metáfora nos habla del “estuche” del encuadre, refiriéndose al uso del diván o “cara a cara”, la frecuencia de sesiones y la duración de las mismas, estuche que puede adoptar diversas formas sin que afecte la “matriz activa”, parte dinámica del encuadre, asociación libre del

paciente y escucha en atención flotante del analista, la cual “ debe ser objeto de una permanente preocupación ” para que permanezca constante. Nos aclara que “la matriz activa depende solo en forma parcial de los factores exteriores, mientras que su evaluación reposa enteramente sobre el pensamiento del analista. Constituye la osamenta de lo que daría en llamar el encuadre interno de la acción psicoanalítica.” (Green, 2002, p. 6)

Al hacernos eco de las palabras de Green y al reflexionar sobre nuestra actitud como analistas, consideramos que, al establecer un encuadre posible, se brindará la posibilidad de incluir dentro de la clínica analítica aquellos pacientes que, todavía, no pueden asimilar interpretaciones simbólicas ya que necesitan un terapeuta que los ayude a transformar o metabolizar aquello que por sí solos no pueden elaborar dado su nivel de falta básica inicial (Balint, 1959).

Es, entonces, función principal del analista ayudar a relacionar lo que se va expresando en las distintas interacciones, permitiendo que el material que vaya surgiendo sea elaborable para ese paciente, en esa situación y en ese momento determinado, respetando tanto su subjetividad como sus tiempos subjetivos, brindando un espacio para que sus vivencias puedan desplegarse.

Respecto a este punto reflexiona Tesone (2017):

“El trabajo del analista no consiste en develar un sentido escondido, sino en construir un sentido que no había sido formado antes de la relación analítica. Al decir de Green (1974), el analista forma un sentido ausente. Crea las condiciones necesarias para que la experiencia traumática pueda ser calificada, pensada, vivida, dicha, más acá de la verdad histórica, pero próxima de la verdad vivencial en su calificación perceptiva” (Tesone, 2017, p.7)

Se abrirá así un camino, vía la utilización de la transferencia-contratransferencia, donde el analista podrá actuar como un objeto externo diferenciante que permitirá no solo repetir o reeditar sino producir nuevas ediciones, creando diferencias allí donde solo había repetición, brindándole al paciente nuevas identificaciones secundarias que le permita armar otro entramado identificatorio. Se convertirá así, en un objeto confiable, continente, con capacidad de suministrar cuidado, suplementando la falta de algo que nunca existió (Green, 1984), creando un espacio donde no solo lo transubjetivo está en juego sino también lo intersubjetivo, un espacio entre el sí-mismo y el otro que permita reandar el camino en mejores condiciones que las originarias.

Es necesario que el analista aporte una presencia disponible con respecto a las vivencias del paciente, que expresa de modo insistente aquellas necesidades básicas de un sí-mismo lesionado y que busca obtener respuestas apropiadas de un objeto-mismo (Kohut, 2007), ocupando esto el lugar central de la experiencia analítica.

Queda claro que este proceso ocurre con múltiples resistencias, y no queremos caer en la fantasía ingenua de un analista siempre disponible, pero consideramos que cuando se logra este posicionamiento y la disponibilidad del analista es captada por el paciente, se co-construirá una interacción estructurante, que dará lugar al sentido y la palabra, allí donde había vacío y acto, pasando, de “descubrir significado a constituir significados” (Killingmo, 1989, p.125) desplegándose una situación vincular capaz de producir mayores niveles de elaboración simbólica y donde el cambio psíquico ocurra.

Como cierre de estas reflexiones se abren nuevos interrogantes:

Si se considera *la disponibilidad* como un recurso analítico ineludible para poder activar el proceso, ¿se puede seguir tomando por modelo al cirujano que deja de lado todos sus afectos y aún su compasión humana? o ¿se tendrá que, mediante nuestra implicación subjetiva, afectos incluidos, creer en nuestra propia transformación para poder potenciar el encuentro con el analizado? Desde este lugar pareciera que no solo el paciente debe cambiar. (Silvia Saraceno Fasce, 2016 p.384)

“Lo esencial es el funcionamiento en pareja, que pone en comunicación el mundo psíquico del paciente y el del analista. Tal es el método fundamental del método analítico óptimo en la cura clásica, y sigue siendo el objetivo a alcanzar en las otras formas de la técnica” (Green, 2002, p. 4)

Final abierto: respondiendo nuestras preguntas iniciales

Cuando se quiere explicar teoría se utiliza un caso clínico, análogamente para responder a nuestra primer pregunta ¿Se puede enseñar Psicoanálisis en la Universidad? se ha utilizado un extracto de una de las muchas investigaciones realizadas dentro de ese ámbito, quedando en evidencia, el posicionamiento que se toma frente a la primera interrogación. El Psicoanálisis no solo se enseña en la Universidad, sino también se aprende.

Ahora bien, con respecto a la segunda pregunta: ¿qué se puede enseñar sobre Psicoanálisis en la Universidad?

Se considera que la universidad permite el estudio de los textos analíticos, formular hipótesis a partir de ellos, y realizar investigaciones que al ser transmitidas y volcar los resultados a la comunidad científica permitirá abrir nuevos debates e interrogantes que beneficiaran nuestra práctica clínica. Es decir, la Universidad es un “lugar destinado a la transmisión de un saber que no habilita a la práctica del Psicoanálisis. Su ejercicio precisa una formación de otra índole [...] la propia experiencia del psicoanálisis” (Ribes Guill citado en Imbriano 2001, p.25)

Es así como toda pregunta por la enseñanza del Psicoanálisis nos propone retornar a los textos freudianos y a partir de ahí volver a la pregunta que se ha hecho Freud en “*Análisis terminable e interminable*”: “Entonces, ¿dónde adquirirá el pobre diablo aquella aptitud ideal que le hace falta en su profesión?” (1937, p.250, ed. 1998). La respuesta dada por el mismo Freud nos dice: a través del propio análisis, autoanálisis incluido, del estudio de los textos analíticos y de la supervisión. Tres reglas que sustentan la formación y la función analítica.

Estas tres reglas fueron establecidas por la IPA entre 1925 y 1933. Las mismas sustentan la función del analista y se considera que no tiene conclusión, recomendándose un autoanálisis permanente y un nuevo análisis periódicamente, quizá cada 5 años. (Freud en Sandler, Dare y Holder, 2007, p.102)

La universidad, entonces, permite acceder a uno de estos tres pilares, dejando por fuera el análisis y supervisión. Estos últimos están signadas por la presencia de un Otro, dado que solo en transferencia, es donde se constituye la clínica analítica y el psicoanalista.

Es decir, se necesita un movimiento articulado e integrado de las tres reglas enunciadas por Freud para comenzar a preguntarnos sobre los conceptos y la praxis psicoanalítica.

Al reflexionar sobre este campo, no es la de intención arribar a conclusiones absolutas, sino iniciar un intercambio dinámico sobre las divergencias y convergencias que el Psicoanálisis actual nos exige.

Hoy se sabe que existe la necesidad imperiosa de estar repensar tanto la teoría como la práctica clínica frente a los cambios epocales, por lo tanto, es necesario continuar con investigaciones sistematizadas en psicoanálisis para seguir indagando sobre los procesos psíquicos y los métodos de tratamiento. Pero en forma paralela, se necesita también, la interrogación que se despliega, a través del propio análisis y para poder preguntarse: ¿Que quiero? ¿Quién soy?, ¿Qué hago?

Estas preguntas nos ponen de nuevo en el centro de la investigación precedente, dando cuenta de la necesaria recursividad que necesita nuestra formación analítica. Porque el psicoanálisis no es solo teoría, el psicoanálisis *implica y nos implica*.

En este punto es interesante recordar la cita de Roazen (1995), elegida por Hornstein (2006) para ampliar la perspectiva que se tiene sobre el psicoanálisis Freudiano:

Cuando entrevisté a Hirst más de 10 años después que hablara con Eissler, me dijo que no se le hubiera ocurrido llamar “frío” a Freud (...) pero cuando se le permitió dar su propia versión del ambiente que se respiraba durante el tratamiento, describió a Freud como un analista muy activo, a veces intervencionista, lo que difiere bastante del estereotipo del terapeuta neutral,

preferido posteriormente por los defensores de la ortodoxia como Eissler. (Hornstein, 2006, nota al pie p.31)

Y agrega: “El análisis ‘clásico’ propició la identificación de ciertos aspectos de Freud: el cirujano más que el combatiente, el espejo indiferente más que el arqueólogo apasionado, el metapsicólogo riguroso más que el militante de la cultura...” (Hornstein, 2006, p.31).

Se está, entonces, frente a un desafío que la clínica actual nos demanda: articular nuestra práctica clínica con la práctica Freudiana **en todos sus aspectos**. Sin desconocer la acusada tensión que demandará esta posición, la cual se tendrá que traducir (análisis y supervisión mediante), en trabajo psíquico, posibilitando integrar, reflexionar y poner en práctica, en el devenir del proceso analítico, los conceptos fundamentales psicoanalíticos, aprendidos tanto en la Universidad como en la experiencia analítica.

Lograr esta complementariedad sería respetar y seguir con la rigurosidad científica que Freud forjó y transmitió en el transcurso de su experiencia, y determina la ética del psicoanálisis. De manera tal de nunca dejar de cuestionarse: ¿Que es, por qué y para qué ser analistas?

Referencias Bibliográficas

- Aisemberg, E. R. de; Agrest Weiner, B; Bichi, E.; Devoto, T.; Eckell de Muscio, I; Gruemberg de Steren, N.; Presas de Ginzo, A.; Stisman, A. (2012). *El cuerpo en escena*. Buenos Aires, Lumen
- Balint, M. (1993). *La falta básica*. Ed Paidós, Buenos Aires.
- Benyakar, M-Lezica Álvaro. (Trabajo en elaboración) *Teoría de la técnica. Aplicaciones Clínicas*.
- Bolognini S (2004) *La empatía psicoanalítica* ,1ra edición- Grupo Editorial Lumen, Buenos Aires – México.
- D’Alvia – Maladesky. (1991) *Modelo de abordaje en lo psicosomático. Lecturas de lo Psicosomático*. Buenos Aires, Ed Lugar. pp.184-196
- Fiorini. H (2002) *Teoría y técnica de psicoterapias*, 1ra edición- Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Freud, S (1905) *Fragmento del análisis de un caso de histeria- Dora- Epilogo*. Obras Completas, T VII. Amorrortu, Buenos Aires, 1998
- Freud, S (1912) *Sobre la dinámica de la transferencia*. Obras Completas, T XII. Amorrortu, Buenos Aires, 1998
- Freud, S (1914) *Recordar, Repetir y Reelaborar*. Obras Completas, T XII. Amorrortu, Buenos Aires, 1998

- Freud, S (1919) *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. Obras Completas, T XVII. Amorrortu, Buenos Aires, 1998
- Freud, S (1937) *Análisis terminable e interminable*. Obras Completas, Vol. XXII, Amorrortu editores. Buenos Aires, 1998.
- Green, A. (1990) “*El analista, la simbolización y la ausencia en el encuadre analítico*”, en *De locuras privadas*, Amorrortu editores, Buenos Aires.
- A. Green. (2001) *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Green, A. (2002) *Reflexiones sobre el encuadre*, Primer encuentro APA – SPP, París.
- Green, A (2000). *El encuadre. Su interiorización por el analista*. Revista Zona Erógena. Año
- Killingmo, B. Conflicto y Déficit. (1989) *Implicancias para la técnica*. (pp.111-125) Rev. Anual de Psicoanálisis del Inst J Psychoan, Londres
- Heinz Kohut. (2006) *¿Como cura el análisis?* Paidós, Buenos Aires.
- Hornstein, L. *Narcisismo. Autoestima, identidad, alteridad*. Paidós, Buenos Aires, 2006
- Imbriano, A (2001) *El entredicho neurótico*. Ediciones del Cifrado, Buenos Aires.
- Marty, P. y De M’uzan, M. (1983) *El pensamiento operatorio*. Revista de Psicoanálisis 4. pp-711-724
- Masud R. Khan. *Locura y soledad. Entre la teoría y la práctica psicoanalítica*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1991
- Liberman, D. y col. (1982) *Sobre adaptación, trastornos psicosomáticos y estadios tempranos del desarrollo*, Revista de psicoanálisis, tomo 39. pp. 845-853.
- Pichón Riviere, E. (1971) *El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social (I)*, Edición Nueva visión, Buenos Aires.
- Sandler, J. y Dare, C. y Holder, A. (2007) *El paciente y el analista*. Buenos Aires, 2da edición de la 4 reimpresión, ED. Paidós.
- Tesone, J. (2017) *Dolor indecible hasta que aparezca el sujeto*. Ficha doctorada en Psicología USAL-APA. pp.1-21
- Winnicott, D. W.: “*El trastorno psicosomático. I. Aspectos positivos y negativos de la enfermedad psicosomática* (1964) y II. Nota adicional sobre el trastorno psicosomático”, en *Exploraciones psicoanalíticas I*, Paidós, Buenos Aires, 1991.
- D.W. Winnicott (1972). *Realidad y Juego*. Gedisa, Buenos Aires.
- Zukerfeld, R (2006). *Déficit y Conflicto*. Reunión Sociedad Argentina de Psicoanálisis (IPA) Mayo 2006, pp1-17. Descargado el 3 de mayo del 2015 16hs. De www.aperturas.org/articulos.php?id0000590&a=déficit_y_conflicto.