

La noción de contrato psicoanalítico II y III¹

Horacio C. Foladori

Resumen

El trabajo que se presenta consta de dos partes. La primera se encarga tanto de mostrar algunos de los problemas del trabajo analítico en pandemia como del diseño de un dispositivo para hacerlo medianamente posible. Se proponen y discuten nuevas regulaciones del contrato analítico y varios de los problemas que el trabajo en pandemia genera.

La segunda discute el punto del retorno a la “normalidad” bajo el entendido de que cierta flexibilización de las normativas de la pandemia autoriza una vuelta a “lo presencial”, jugando con la ilusión de que se retorna al momento pre-pandemia cuando en rigor se establecen nuevas condiciones del contrato analítico, ahora mediado por el Estado, esto es un contrato totalmente nuevo en el que hay que ver si el análisis allí se hace posible.

Palabras clave: contrato psicoanalítico - pandemia - análisis online

II. Apuntes sobre la clínica virtual

Este trabajo reúne una serie de observaciones sobre mi práctica analítica *online* tanto como acerca de la experiencia reflejada por este dispositivo en los espacios de supervisión clínica, también *online*.

La pandemia ha ocasionado el cierre temporal de los consultorios ya que lo presencial había de ser evitado. Se produce entonces un fenómeno nuevo ya que se trata de diseñar un dispositivo de trabajo original para continuar con los tratamientos bajo la exigencia de mantener en lo posible las “virtudes” del modelo de trabajo original diseñado por Freud, y sostenido por regulaciones teóricas, metodológicas, técnicas y clínicas. Esto no implica que el psicoanálisis no se haya podido realizar bajo otras condiciones, cosa que ha ocurrido en este siglo de psicoanálisis, pero siempre cuidando sus condiciones de posibilidad bajo los grandes ejes que se establecen en el contrato, esto es, tiempo, lugar y roles.

Comenzaré por detallar la construcción del dispositivo de investigación para el trabajo psicoanalítico que comencé a implementar tan pronto instrucciones estatales hicieron imposible continuar con lo presencial. He tratado de pensar un encuadre que pueda reproducir algunas de las constantes que se establecen en el modelo clásico presencial. No es seguro que lo haya logrado a cabalidad ya que el cambio en algunas de las variables plantea una pregunta que insiste de forma constante y que tiene que ver en primer lugar con aquello que se pierde en el trabajo *online*. Pero también hay que

¹ La noción de contrato psicoanalítico I fue publicado en *Gradiva* X, N°. 2, 2021.

responder a la pregunta por lo que se gana con la nueva modalidad. Veamos las nuevas reglas del dispositivo.

1. Le indico al paciente que él debe llamarme por el canal acordado y que yo establezco (Skype, Meet, Whatsapp, etc.), y si internet se cae voy a esperar que sea él que me vuelva a llamar. Esto supone sesiones fijas y horarios también establecidos. Queda así en manos del paciente hacerse cargo de su demanda.
2. Le señalo que una vez establecida la conexión yo apagaré mi cámara, la que restituiré al finalizar la sesión, para la despedida. El paciente entonces le habla a una pantalla negra. El apagar la cámara tiene varios efectos importantes. Por un lado, se privilegia para el paciente la escucha, similar a cuando está en el diván. Pero también para el analista se elimina así la propia imagen que aparece en la pantalla cuando la cámara está encendida y que crea una distorsión en el destinatario de su palabra, tema que se comentará más adelante.
3. El paciente deberá permanecer durante la sesión con su cámara encendida.

El resto de las disposiciones siguen el encuadre habitual. El pago se hará por transferencia bancaria según las sesiones que se han tenido y posteriormente, yo le envío a su vez la boleta de honorarios.²

El dispositivo *online* es productor de una serie de efectos a tomar en cuenta. Veamos solo algunos.

- A. El primer punto a considerar dice relación con que va a ser el paciente y no el analista quien se hace cargo de disponer el espacio de sesión, realizar el recorte de lugares (adentro-afuera; público-privado íntimo). Así, el paciente determina si el mejor lugar para sus sesiones es su escritorio, el living, la terraza, el baño o incluso su vehículo en el estacionamiento o detenido en una ruta local o sentado bajo un árbol en un parque. Aparece también el cambio de lugares como una manera de garantizar intimidad. No es raro que los hijos, las mascotas u otras personas en ocasiones interrumpen el espacio de sesión, lo que corresponde ser señalado y trabajado analíticamente. Sin embargo, en casos de hacinamiento permanente o parcial producto del confinamiento, el paciente pudiera no encontrar un espacio que le brinde mínimas garantías para tener sus sesiones y esto puede ocasionar pérdida de profundidad en el análisis, poca concentración y un desarrollo “como si” se analizara, ya que está pendiente de movimientos y ruidos que pudieran tener lugar en su casa o departamento y que lo desconcentraría del asociar libremente.

² En Chile es obligatorio extender una boleta de honorarios y que desencadena automáticamente el pago de impuestos.

No creo que el analista tenga que pretender normar un espacio de análisis que no controla a diferencia de su consultorio que responde directamente a su responsabilidad.

- B. A lo anterior hay que agregarle el asunto de la ubicación del cuerpo del paciente con respecto a la cámara. Pacientes que habían comenzado presencialmente con el diván se las ingenian para recostarse frente a la cámara. Otros se mantienen sentados o reclinados donde puedan hacerlo. Hay que agregar que al paciente en general solo le vemos la cara, sensible disminución de reacciones corporales en el discurso.

En general estos aspectos, en la medida en que se convierten en costumbre, dejan de incidir en el proceso analítico, son parte de la forma de funcionar, el paciente los respeta y cuida a su vez su espacio.

- C. Más complejo es el asunto de la distancia. La pantalla genera una doble distorsión. Por un lado, el paciente y el analista están más cerca, mucho más cerca, lo que autoriza preocupaciones y acciones diversas. Por otro, la distancia de internet puede ser casi infinita. ¿Dónde está el paciente?

Pero en todos los casos hay que considerar que la pantalla funciona como elemento protector de fantasías de ataque por parte del paciente como por parte del analista (retaliación). Se observa que esta variación de la distancia en ciertos casos autoriza a que mecanismos defensivos se tiendan a relajar y el paciente pudiera animarse a decir cosas que no diría en presencia real (siempre y cuando tenga la certeza de que alguna otra persona de la casa no lo está escuchando). Esto tiene que ver específicamente con manifestaciones agresivas y eróticas. Y creo que esto es válido tanto para pacientes como para analistas. Por ejemplo, las manifestaciones de la transferencia y de la contratransferencia erótica pueden encontrar más aceptación mediado por la pantalla que contribuye a frenar la manifestación pulsional.

Pero también la pantalla introduce una cierta distancia en lo afectivo. Pacientes que abrazan la fantasía de un contacto más acogedor se sienten frustrados ante la frialdad del computador, y aquellos que han experimentado la presencia fáctica extrañan un mayor contacto, mayor cercanía física, al punto que demandan al analista el retornar al espacio de consulta. Esta demanda también se apoya en otras razones como veremos.

Un último detalle, el vínculo *online* es más frágil que el presencial, depende de un clic para que se sostenga y para que exista, lo que

plantea que hay que estar atento también a posibles usos defensivos de la tecnología por parte del paciente y también del analista.

- D. El trabajo analítico realizado por internet disuelve ciertos espacios de elaboración imprescindibles. Me refiero a que hay una serie de tiempos alrededor de los traslados al consultorio y del consultorio durante los cuales el paciente reflexiona directa o indirectamente en lo que prevé para su sesión o acerca de lo acontecido en la misma. Cuando todo se transforma en un entrar o no a encuentros *online*, este tiempo no existe ya que la sesión se sitúa muchas veces en una secuencia de “encuentros virtuales” que tienen que ver con el trabajo-*online* o con el diálogo explícito o tácito con otras personas, ya que en muchos casos el trabajo cotidiano del paciente ha sido desplazado al trabajo a distancia.

No hay entonces espacios de preparación o de reflexión posterior que alimentan el fantaseo y que son necesarios para la elaboración. La sesión entonces se convierte en una actividad más a ser “palomeada” en una secuencia de contactos virtuales o “pedidos” de productos *online*. Se ha roto así la rutina de ir a sesión, por ello es que también los pacientes pueden solicitar el retorno al consultorio para rescatar estos espacios del antes y después de la sesión que le resultan necesarios porque son tiempos de elaboración. También lo pueden hacer porque solo el consultorio resulta un espacio seguro para ellos. De acá surge una pregunta a mi juicio importante: ¿Cómo diferenciar claramente el encuentro terapéutico de todos los otros encuentros *online* que el paciente pudiera tener? Me parece que dicha preocupación del analista es clave ya que los espacios tienden a confundirse.

- E. Por otra parte, el que el paciente disponga el *setting* plantea algunas ventajas y nuevos problemas a ser pensados. Que el paciente se tenga que hacer cargo de diseñar un espacio íntimo, propio y psicológicamente cerrado (más que cerrado físicamente, por ejemplo, en el caso de un edificio donde las paredes son finas y se vive en hacinamiento) se trata de algo positivo ya que el paciente ha de resolver problemas del cotidiano para poder tener su sesión segura. Por otro, hay una serie de mensajes que el paciente envía a su analista por medio de todo lo que él dispone para que sea visto de su hábitat y sobre lo que muchas veces no se analiza suficientemente. Muebles, fotos, disposición del espacio, ropa, juguetes, etc., están allí visibles para el analista, como objetos del mundo interno del paciente, efectos de un proceso de selección que aún no encuentran palabra para ser nombrados. Es el “decorado” que ya no es aquel de la consulta, sino de un paciente que se presenta disociado en todos aquellos objetos donde ofrece aspectos de sí. Esto no es algo que el

paciente trae y se lleva sesión a sesión, es algo que hay, que dice directamente del paciente y que pertenece al orden de lo preverbal. Aspectos del paciente están representados por todos esos objetos, cuestión que a veces es dejada de lado en el análisis que, centrado en la escucha, omite aquellos elementos que también son parte del discurso del paciente. Razón de más para sostener que el analista debe poder ver al paciente. Con esto tomo cierta distancia con los tratamientos solamente “por teléfono” en los que se pierde todo el “escenario” en el que el paciente se encuentra.³

- F. Se ha comentado bastante el asunto de la pérdida de las rutinas diarias efecto del confinamiento y de la pérdida de los límites entre mundo interno y mundo externo. Las rutinas son importantes para mantener al yo activo en el mundo exterior, esto es que esté pendiente de resolver los problemas del cotidiano, más que vuelto hacia la interioridad fuente de ansiedad y de preocupaciones que absorben al yo en su conflicto con el ello.

El rompimiento de las rutinas (la necesidad de contar con sistemas sociales, diría Jacques) introduce una confusión entre mundo interno y mundo externo. El confinamiento hace que todo transcurra en la casa o en el departamento, el mundo externo tiende a desaparecer o a reducirse a lo que indica el televisor. Por tanto, todo lo que ocurre tiende a conformarse como mundo interno, lo que puede observarse en que cierta depresión se puede instalar y dificultar el “levantarse” cada mañana porque igual no es necesario hacerlo ya que todo se puede realizar desde el computador.

- G. Las caídas de internet son claramente motivo de angustia tanto para el analista como para el paciente: atentan contra la fragilidad del vínculo y sobre todo lo muestra. Si bien con el tiempo pasan a constituir una falla que no adquiere más importancia que la necesidad de preocuparse por ella y buscar la restitución del servicio, no hay que perder de vista que la tecnología tiene todas las características de un cordón umbilical que pone sobre el tapete fragilidades primarias como no aparecía con tanta claridad en el sistema de análisis clásico. La fragilidad del vínculo *online* puede ser utilizado como excusa para justificar resistencias, tanto del paciente como del analista. En todo caso, noto que la incertidumbre eleva los niveles de angustia en las sesiones, a lo que hay que agregar que la pandemia no deja de insistir en ello en el mundo exterior, lo que afecta a paciente y analista.
- H. Diría que el dispositivo *online* como lo he descrito va a centrar la atención del paciente en su escucha de forma relevante. Si bien

³ Los “tratamientos por teléfono” fueron ofrecidos originalmente como espacio de escucha para situaciones de intentos de suicidio.

hay pacientes que en el dispositivo presencial muchas veces se dan vuelta a mirar al analista o le preguntan si lo está escuchando, en este caso para el dispositivo *online* la única información que el paciente tiene de su analista es por la vía del audio. En tal sentido el paciente está extraordinariamente alerta a todos los sonidos que se puedan producir en el área del analista. Así, aumenta la frecuencia de preguntas directas en dos líneas: la primera y la más primitiva para saber si el analista existe, vale decir si el paciente no se encuentra hablando solo. En segundo lugar, si el analista está escuchando. Estas dos líneas de preocupaciones se deslizan sobre aquella instrumental: si hay conexión. Me ha sorprendido la habilidad desarrollada por los pacientes para detectar este quiebre de la comunicación tecnológica en cuanto se produce y sus inmediatos intentos para subsanar la falla.

- I. Un último aspecto a considerar: Kaës sostiene que, ya que es el dispositivo el que crea el objeto de investigación, lo que se produce como inconsciente en los dispositivos individual, de pareja, de familia, grupal, etc., presenta matices claramente diferentes en cada caso. Por ejemplo, un paciente que tiene sesiones de manera individual no habla de los mismos temas, ni pone los mismos énfasis cuando se presenta en un dispositivo terapéutico de pareja. Importan otras cosas, aborda sus problemas de otra forma, sus mecanismos defensivos se movilizan de otra manera. Esta puede ser una larga discusión apasionante, por cierto, pero lo que acá nos interesa es dilucidar qué es lo nuevo inconsciente que el dispositivo *online* produce, cuáles son sus alcances, cómo se estructura; en suma, cuáles son las características de lo inconsciente que podemos visualizar por medio de este dispositivo virtual y que no era detectable en el dispositivo clásico, tanto como aquello que perdemos ya que el nuevo dispositivo no nos permite registrar.
- J. Hay dos fantasías que pueden irrumpir en el proceso de análisis y que obviamente tienen un valor defensivo. La primera es la del video juego y la segunda es la del porno. En ambos casos se trata en general de prácticas habituales del paciente que se refugia en lo conocido para evitar las angustias ocasionadas por el encuentro terapéutico. Esta es una de las razones por las cuales es conveniente que el paciente se pueda enfrentar a la pantalla en negro como ya fue señalado al inicio cuando se definió el dispositivo de trabajo.

Otro problema del uso de la pantalla tiene que ver con que el analista está viendo su propia imagen cuando interviene, tal cual un espejo, ya que el programa de video dispone también de una ventana con la autoimagen. Hay aquí un complemento narcisístico que es conveniente que sea evitado

por cuanto no solamente distrae la atención del analista, sino que además lo induce a adoptar modalidades, actitudes, ángulos de visión, etc., que pudieran contaminar la interpretación con cierto auto-show escenificado. ¿A quién finalmente le habla el analista, al paciente o a sí mismo?

Algunos colegas sostienen con razón que una de las cuestiones fundamentales que se pierde es el “cuerpo a cuerpo” y que algo se produce allí cuando el paciente asiste al consultorio y que es un detonador de efectos transferenciales y contratransferenciales. Habría algo del orden de una intensidad marcada por el encuentro que podría ser importante para disparar el deseo y abrir entonces al registro inconsciente, tema controversial ya que habría que poder demostrar estos efectos del análisis no se producen en el dispositivo *online* de otra forma.

Una última reflexión. Los dispositivos *online* sin duda han democratizado el acceso a tratamientos terapéuticos diversos si bien no aun de la manera que sería deseable. Puede mencionarse el caso de como en respuesta al estallido social y a la demanda de atención que ello implicó producto de la lucha contra carabineros, hubo un sector de personas muy afectadas por los daños físicos y por las angustias intensas que los enfrentamientos produjeron, que por una cuestión de clase social no estaban dispuestas a asistir a los consultorios psicoanalíticos ubicados al oriente de Plaza Dignidad, en el llamado barrio alto, lugar donde se sitúa la mayoría de los consultorios analíticos. Sin embargo, estos luchadores sociales pudieron recibir atención *online* de manera expedita a partir de una red de terapeutas psicoanalíticos que Pilar Soza organizó en dicho momento. Estas experiencias gratuitas dejaron significativas y hondas reflexiones a todos los que participaron en ellas, ya que se trataba de atender a un sector social habitualmente excluido de este tipo de servicio.

Demás esta decir que hoy por hoy y gracias a esta tecnología cualquier persona pudiera analizarse con quien así lo deseara situado en cualquier parte del planeta, así como supervisar también su práctica clínica con el colega elegido.

Tal vez estemos un poco más cerca del sueño de Freud de poder poner el psicoanálisis al servicio de las grandes masas.

III. El retorno a la presencialidad y el Covid-19.

¿El estado en que está el Covid o
el Covid como está en el Estado?

La liberación de ciertas normativas restrictivas producto de la disminución de los contagios (algunos lo atribuyen a la vacunación o a mejores sistemas de trazabilidad) ha generado la fantasía del retorno, algo así como sería posi-

ble ponerse a pensar que se podría volver al funcionamiento pre-pandemia. Libertad de circulación, funcionamiento de las instituciones con ciertos protocolos, apertura de fronteras si se reconocen internacionalmente las vacunas existentes como válidas, etc. Así, y sobre todo por la necesidad de controlar procesos productivos se han ido estableciendo en los diversos sectores calendarios de “retorno a lo presencial”, esto es abandonar en muchos casos la vía de encuentro virtual rescatando el llamado encuentro físico con el otro.

Los psicoanalistas, como trabajadores del sector salud, de igual modo se han ido planteando esto, muchas veces por razones personales y en otros casos por presión de los mismos pacientes, pero sobre todo por la fantasía de que psicoanálisis tiene que ver con un “encuentro de cuerpos”. Se sobreentiende que el psicoanálisis ha de ser presencial, internet sirve mientras no se pueda establecer el encuentro real, la alternativa de “volver a abrir la consulta”, como si se tratara solo de eso. Insisto que se construye una ilusión de retorno a un momento pre-pandémico, como si se volviera a una cierta autenticidad del procedimiento desvirtuado en el mecanismo *online*, retorno que comienza por negar la pandemia como si esta pudiera ser exterminada y pasada a la historia, volviendo todo a la normalidad.

Otros han llegado a implementar una suerte de sistema híbrido, muy de moda, de tener sesiones tanto en la consulta como por internet ¡con el mismo paciente! Esta fórmula ha de ser desaconsejada ya que disocia la comunicación por lo que produce dos discursos diferentes, tal vez la vía presencial facilita hablar de ciertas cosas e internet de otras. El esfuerzo de integración disolviendo las disociaciones, objetivo al que el psicoanalista se compromete cuando acepta al paciente, se ve sabotado por el mismo dispositivo que se establece. La relación ha de ser una para que la transferencia pueda ser analizada.

El aspecto considerado no alcanza aún a poner el punto en el centro de la cuestión, el cual dice relación con que el nuevo contrato que se establece está ahora regido por el Estado más allá de los “acuerdos” a los que los miembros de este contrato arriben. Se trata de un contrato que está normado desde antes de establecerse, ya que tiene que ver con las normativas que el Estado ha adoptado para “evitar la propagación de los contagios”, pero que tienen efectos profundos en la relación analítica. Más aún, esta situación afecta no solo a los nuevos pacientes sino también a los antiguos, ya que el Estado los involucra a todos. Veamos algunos ejemplos de los problemas que se abren con el mentado “retorno”.

1. La llegada del paciente supone acordar explícita o tácitamente algún tipo de salud. El paciente ingresa a un espacio que él ya no controla

(presencia o ausencia de Covid) y ha de confiar en que el analista sí lo haga; si bien depende de la transferencia, está en condiciones de exigirle al analista que adopte ciertas medidas, porque forman parte de los protocolos establecidos por el Estado. ¿También el analista le tomará la temperatura y le hará llenar el formulario que explora antecedentes posibles de sus contactos de Covid cada sesión? Es una norma vigente en toda institución.

2. ¿Las sesiones se realizarán con o sin mascarilla? Asunto no menor ya que la mascarilla funciona como tapaboca por lo que parece un contrasentido comprometerse a que el paciente pueda poner sus fantasías en palabras cuando por otro lado la mascarilla, por lo menos supone un filtro a la voz. ¿Es posible hablar libremente? Tanto el paciente como el analista están en condiciones de exigir al otro el uso de la mascarilla, su ausencia puede configurar delito. Muchos médicos y odontólogos las usan en sus consultas, las consultas psicológica ¿han de regirse por parámetros diferentes? Pero, además, el no uso de mascarilla constituye un riesgo por lo que podría configurar una forma de ataque al analista o al paciente.
3. ¿Cómo garantiza el analista la higiene de la consulta? ¿Desinfecta entre paciente y paciente? Conozco colegas que indican al paciente que ha de lavarse las manos antes de ingresar a la consulta. Lo mismo ocurre para los felpudos con líquido antibacteriano. Estamos en el plano de las regulaciones estatales, no de la fantasía. Claro está, todo esto configura un cierto ritual que con el tiempo puede convertirse en habitual. Sin embargo, el encuentro “cuerpo a cuerpo” aparece mediatizado por una serie de regulaciones que complejizan el análisis de la situación y encuentro que además vulnerabiliza los mismos cuerpos.
4. Pero el encuentro con el paciente entra dentro de la categoría de “Contacto estrecho” por lo que constituye una situación riesgosa para ambos. Supongamos que el paciente o el analista se entera que él es contacto estrecho de un familiar que tiene Covid, todos sus pacientes se convierten automáticamente en personas que deben hacer cuarentena, todos ellos. El riesgo es enorme siendo este un asunto policial en el sentido de que la persona, analista o paciente ha de informar a la autoridad el nombre y los datos de aquellos que estuvieron en contacto con él en esa fecha. El servicio de salud controlará la cuarentena de todas estas personas y esto supone además la violación del preciado secreto profesional, ya que el analista ha de hacer público ¡quienes son sus pacientes!, so pena de ser perseguido y multado. Esto es peor que ser citado por un juez o el otorgamiento de boletas controladas por el Servicio de Impuestos Internos. Insisto, el contrato de trabajo ya está normado desde antes de comenzar, y normado por el Estado que, nos consta, no tomará en cuenta las condiciones particulares que requiere el contrato analítico.

5. Pero esto genera efectos adicionales más complejos aún para el bolsillo del analista. Si un paciente es contacto estrecho no se puede trabajar su inasistencia como una resistencia al análisis. El paciente no concurre porque el Estado le prohíbe hacerlo, tenga o no síntomas, no hay nada que analizar allí. No se trata de que el paciente no “quiera”, como puede suceder si tiene una gripe o malestar estomacal. En este caso no tiene elección, independientemente de lo que su inconsciente pueda determinar. Por tanto, no se puede considerar que el paciente “falta” a la sesión como defensa, como efecto de transferencia negativa, por lo que no hay cobro posible. Se genera así un territorio no analizable y conocemos las rigurosas fundamentaciones de Freud en torno a la creación de estos territorios y los perjuicios que se ocasionan para el trabajo analítico, incluso si este se hace posible.⁴

Hace años (Foladori, 2018) se publicó un artículo acerca de las maneras en que lo político irrumpía en el espacio de consulta. Claro está fue antes del periodo pandémico, pero ya se mostraba que había que estar atento a las características de este vínculo por los efectos que podría tener para la práctica del psicoanálisis. Hoy por hoy estamos en una situación muchísimo más grave por cuanto el trabajo estrictamente analítico ha de ser realizado de manera clandestina⁵, si se desea transitar por la modalidad presencial, ya que las normativas impuestas por el Estado no dan garantías de que el proceso analítico pueda sostenerse.

Pero hay más, estamos acostumbrados como psicoanalistas a tomar aquello que el paciente dice en el diván como producto de sus fantasías, al punto de que el objetivo del procedimiento lleva al esclarecimiento acerca de los

⁴ Freud (1916) comenta:” Uno de mis pacientes, persona de altas dotes intelectuales, me ocultó de este modo durante semanas enteras, unas relaciones amorosas, y cuando le reproché tal infracción a la sagrada regla psicoanalítica, se defendió alegando haber creído que aquello no podía interesar a nadie más que a él. Pero el tratamiento psicoanalítico no admite este derecho de asilo. Inténtese, por ejemplo, decretar que en una ciudad como Viena no podrá prenderse a nadie en lugares tales como el Gran Mercado o la catedral de San Esteban, y resultará inútil todo esfuerzo que se haga de capturar a cualquier malhechor, pues, podemos estar seguros de que ninguno saldría de dichos asilos. En otro caso, había yo creído poder conceder un tal derecho de excepción a un individuo de cuyo restablecimiento dependían cuestiones de general importancia y al que un juramento oficial impedía revelar muchas cosas que ocupaban su imaginación. Después de vencer infinitas dificultades, terminó el tratamiento a satisfacción del enfermo, pero yo quedé mucho menos satisfecho de los resultados obtenidos, y me prometí no emprender nunca un nuevo ensayo de este género en iguales condiciones” (p. 2302).

⁵ Marie Langer (1981) mostraba cómo la Asociación Psicoanalítica de Viena adoptó la medida de prohibir a los analistas analizar militantes de izquierda en la medida en que el avance del nazismo podría implicar la disolución de la sociedad. Situación compleja en la que quedaron los analistas que o trabajaban clandestinamente haciendo caso omiso a la normativa institucional o cancelaban el trabajo con el paciente renunciando a su ejercicio profesional y tácitamente denunciándolo ante el Estado nazi. ¡Se optó por preservar a la institución y “sacrificar” a las personas! Finalmente, la institución se disolvió de hecho ya que todos los analistas se vieron en la necesidad de emigrar, empezando por el propio Freud.

contenidos inconscientes que se vehiculizan en el discurso del paciente en tanto este comunica sus ideas, por ejemplo, del acontecer cotidiano. Ahora bien, ¿qué hacer en la actualidad si un paciente comunica que por diversas razones pudiera haber estado en contacto con personas Covid? El analista puede tomar esto como una fantasía, pero también puede convertirse en cómplice y ser penalizado por no advertir a las autoridades de un hecho de esta naturaleza. Es decir, ha de tomar lo que el paciente dice no como fantasía sino como realidad. No es algo donde el analista pueda recurrir a su “sano juicio” para evaluar acciones a tomar, como podría hacerlo ante la presencia de “ideación suicida”. Lo que quiero mostrar es que la teoría de la lectura del analista está normada de manera trascendente, violando el principio de inmanencia que rige para el discurso del paciente. Algo de esto y de manera general fue mostrado en un trabajo anterior (Foladori, 2014).

En suma, como nunca en la historia del psicoanálisis, lo socio-político se ha metido como un tsunami en el espacio de consulta. Algo de esto habíamos advertido (Foladori, 2018) “la práctica analítica está lejos de ser desarrollada al margen del todo social; por el contrario, está inserta en él, ya que se trata de profesionales que tienen una cierta inserción en la sociedad y que se ven afectados por lo que ocurre en ella”. Parece ser que la discusión acerca de las condiciones de posibilidad del psicoanálisis ha cobrado un nuevo estatus con un grado de contundencia que arrasa ya toda argumentación defensiva.

En suma, ¿es posible hablar de contrato psicoanalítico en estas condiciones, cuando las partes que establecen el contrato no están en libertad de hacerlo? ¿Es posible establecer dicho contrato cuando todo lo que se diga en el espacio de consulta está regulado por el Estado, al margen de la naturaleza del psicoanálisis y de sus requerimientos básicos, como el principio de confidencialidad? ¿Es posible analizar la transferencia en estas condiciones?

Referencias

Foladori, H. (2014) La implicación de la teoría psicoanalítica. Gradiva III-1

Freud, S. (1916) Lecciones de introducción al psicoanálisis, Lección XIX Resistencia y represión. Obras completas, Tomo II. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva – 4ta. edición 1981.

Foladori, H. (2018) La política en el espacio de consulta. Gradiva VII-1

Langer, M., Palacio, J., Guinsberg, E. (1981) Memoria, historia y diálogo psicoanalítico. Cd. de México: Folios Ediciones.