

Flores en el desierto: ¿qué moviliza un análisis?¹

SANDRA LARA*

Cuando leí el nombre de este encuentro: “Paisajes de la mente: del desierto al fuego”, lo primero que asocié fueron imágenes de paisajes desérticos, evocando en mí dos imágenes: la estereotipada imagen de cine de un páramo desolado, difícil de habitar y a la vez bello por la apertura en su no saturación de elementos. Y la segunda, un recuerdo de mi infancia: un paisaje llano en el que contrastaba el suelo quebrado por la aridez, el depósito de agua creado por el hombre y la existencia de diversos tipos de plantas desérticas, hogar de animales que no veía, pero que sabía que existían.

Ante el contraste de las escenas evocadas en mí, empecé por investigar qué es un desierto para conocer sus contrastes, dificultades y oportunidades. Me pareció relevante relacionarlo con los tratamientos de pacientes que tienen orígenes complicados ante madres con patologías que les dificultó no sólo contener en los primeros momentos de vida, sino que configuró un déficit en la conformación narcisista de estos pacientes con dificultades para relacionarse. Propongo reflexionar, de la mano de autores como M. Klein, W. Bion y M. Giovannetti, sobre los obstáculos y las oportunidades en los tratamientos de dos pacientes con estas características para abordar las siguientes preguntas: ¿qué pone a andar un tratamiento analítico?, ¿qué es lo que nos lleva como analistas a ver en un páramo desértico, que parece baldío, la vida expectante con sus matices constructivos y destructivos?, ¿qué sucede en el encuentro, que eros puede recobrar su fuerza transformadora ante la presencia viva, afectiva y cercana del otro? Y, finalmente, ¿qué sostiene la labor analítica en casos y épocas que parecen desoladas?

*Sandra Lara
Candidata en
formación como
psicoanalista
en la Asociación
Psicoanalítica de
Guadalajara.

sandralula91@gmail.com

¹ Este trabajo fue ganador del primer lugar de escritura IPSO 2023 región Latinoamérica, en el marco del 27.º congreso IPSO 2023 en Cartagena.

La palabra *desierto* es definida por la Real Academia Española (RAE) como un terreno definido o lugar despoblado, solo o inhabitado². Sin embargo, desde otro punto de vista, es un hábitat que, debido a la condición climática, bien sea por falta o por pérdida, se caracteriza por el déficit de humedad y lluvia: la condición necesaria para el desarrollo de vida. Mostrando que, aunque los desiertos pueden parecer inertes, existe flora y fauna que desarrollan formas especiales de sobrevivir en estos duros ambientes³.

Meditando en esto y en lo que es nuestro menester: la vida psíquica; el título de este encuentro que nos convoca y las asociaciones que me ha evocado, me llevó a pensar en ciertos pacientes que me cuestionan en mi camino en la clínica psicoanalítica. Pacientes que tienen en común un inicio en la vida árido, con diferentes déficits en su relación primaria, experiencias traumáticas, diferentes dificultades y sintomatologías; pero también con una capacidad de tomar aquello que los afianza a la vida-eros; para luchar contra lo mortífero y generar transformaciones en análisis.

Recuerdo, no sin asombro, la habilidad de la flora y fauna del desierto, que han podido tomar y transformar, incluso en el déficit y la adversidad. El escarabajo del desierto de Namibia es un ejemplo de ello, ya que desarrolló la capacidad de transformar la neblina del ambiente en agua para poder sobrevivir. O los cactus y las suculentas que desarrollaron formas de contener agua para el tiempo de

escasez, e incluso raíces largas para buscar depósitos subterráneos de agua... Al descubrir estos datos recordé la sensación de sorpresa que he sentido con ciertos pacientes con los que me he cuestionado sobre los límites del análisis, el lugar de lo constitucional, el papel de la dinámica transferencial en la dinámica pulsional eros-tánatos, y sobre la importancia de la apuesta libidinal del analista que, en este momento, pienso como el sostén de la esperanza y la apuesta a la vida que ofrece al paciente.

En la asociación a la que pertenezco, nuestros maestros constantemente nos hablan de la importancia y responsabilidad que tenemos en la vida de nuestros pacientes, recordándonos que la relación analítica es una relación humana en la que estamos puestos en juego con el paciente, transmitiéndonos este compromiso pulsional que tenemos y que se juega de forma diferente con cada uno; no sólo por sus características, sino por las nuestras. En cada dupla analítica se cocrea un campo distinto con tonalidades diferentes en cada sesión, en el que se busca el florecimiento de la vida pulsional y el inconsciente que permita el trabajo analítico.

Recordemos que dejarse habitar por otro y construir un espacio habitable para el otro es cosa de dos personas dispuestas a enfrentar los avatares del mundo interno de uno. Giovannetti (2004) habla del reto que implica para el analista la hospitalidad en tiempos de no-fronteras. Al respecto, dice que el analista, para lograr alojar al paciente en su singularidad y generar un espacio psíquico de escucha analítica en el cual la escucha flotante y la asociación libre sean posibles, "tiene que deconstruir su acervo conceptual, deconstruir su *setting*

² Tomado de <https://dle.rae.es/desierto>, agosto de 2022.

³ Tomado de <https://www.nationalgeographic.es/medio-ambiente/desiertos>, agosto de 2022.

clásico”, para poder “ofrecer hospitalidad a la nueva subjetividad que emerge en estos nuevos tiempos de no lugares y no fronteras”.

Estos tiempos de no-lugares y no-fronteras me remiten a pacientes con déficit en la constitución del narcisismo, con heridas narcisistas de haber habitado un no-lugar de deseo con la madre o de indiferenciación, y no-frontera en la relación con sus objetos primarios, por las patologías de éstos. Pacientes cuyas mamás tienen patologías *borderline*, con fuertes rasgos psicóticos, deprimidas, madres con dificultades para libidinizar a sus hijos: permitiendo la simbiosis y recuperando la diferenciación entre sí misma y el otro; o madres muertas (deprimidas) o mortíferas (destruyentes, narcisistas y con odio). Pacientes con un hábitat interno de carencias libidinales y constitutivas que dan una sensación contratransferencial de “sembrar en terreno árido” por su dificultad para investir objetos, su desvitalización, o por la fuerza y presencia de la pulsión de muerte; con quienes el primer reto es construir una relación, ya que están heridos, desconfiados, con altos componentes destructivos, dificultades para establecer conexiones significativas y profundas, ya que tienden a atacar y romper los vínculos internos y con otros; o que cuentan con pocas claves relacionales registradas en la prehistoria de sus relaciones objetales, donde la distancia óptima y la manifestación de sus conflictos y la dinámica pulsional es un idioma particular marcado por la dinámica transferencia-contratransferencia. Y me pregunto: ¿cómo ofrecerles hospitalidad para primero hacer una relación?

Me resonaron las palabras de Giovannetti, ya que nuestra labor analítica

implica crear con el paciente un espacio vincular en el cual éste pueda desplegar o construir su mundo interno. Y agrega que: “Sólo así, en ese nuevo registro, la clínica psicoanalítica podrá recrear mediante un trabajo mutuo (analista-analizante) algo que tenga el sentido de «mi hogar», mi casa, mi identidad”. Pienso con Giovannetti que este espacio lo creamos con lo que somos y a partir de la sensibilidad hacia el inconsciente y los afectos que construimos en nuestro propio análisis y supervisiones. Y que en estos casos el trípode da el sostén necesario al analista para esta lucha pulsional.

Pienso en dos pacientes. La primera que viene a mi mente la nombraré Azucena, de casi 50 años; trabajo con ella hace tres años con frecuencia de tres sesiones por semana. Ella inició tratamiento por depresión y ansiedad; sin embargo, su síntoma más notorio y llamativo es glaucoma en ambos ojos: “heredado por la madre”, y que durante su tratamiento ha operado en dos ocasiones. Uno de sus ojos con tres cirugías previas y otro con la primera cirugía durante el tratamiento. Posterior a las cirugías por glaucoma, y ya que se ha mantenido estable su presión ocular, apareció una catarata que afectó el ojo con menor deterioro visual dejándola, hasta la cirugía, con poca capacidad visual. En el ínter de la última cirugía de glaucoma y de la catarata, a mí me surgió una conjuntivitis alérgica en el ojo izquierdo, misma que vinculé con ella por dos razones; la primera, imaginar el dolor que ella podía sentir con su glaucoma al sentir en mi cuerpo dolor por un agente externo que ligué a sus contenidos inconscientes. Y la segunda, un gesto mío que mi supervisora señaló: durante las supervisiones yo me acariciaba, tocaba o tapaba uno de mis

ojos. Un gesto que yo observaba en Azucena y que vinculaba con un aumento de tensión, angustia o alguna emoción en ella. Todo en un intento de comprender una forma de expresar diferente a la mía para buscar una forma de posibilitar el encuentro.

Considero que, a partir de este síntoma-gesto cocreado, pudimos aperturar en mi supervisión, y después en sesión, un material inconsciente no representado, y construir aquello que en la mirada quedaba fuera de campo psíquico para descargarse en el órgano. Fue a través de este suceso que fue posible pensarlo en supervisión para después poder comenzar a construir en análisis un sentido al síntoma de aquello perteneciente a lo traumático y a la pulsión de muerte que, sin registro o representación, quedaba descargado en el órgano.

A partir de esto y del trabajo en supervisión y análisis, se ha mantenido a raya el daño en el órgano de mi paciente; ahora que puede ver más (física y psíquicamente) analizamos otros terrenos, como el paso de los *acting in* a los *acting out* en la relación transferencial, y poniendo acento en el análisis de su parte destructiva en transferencia, que siempre amenaza, ya que no estamos exentos de la pulsión de muerte. Sin embargo, su presión ocular permanece estable y hay dinamismo en análisis a partir de lo pulsional puesto en la transferencia. La manera como se engarza la pulsión de muerte con la de vida es en relación con el objeto, y en la transferencia se dirige al analista que lo contiene y metaboliza para regresarlo en una interpretación que abra la posibilidad de transformar. Así he pensado hasta ahora este síntoma-gesto mío en relación con mi paciente. Como algo que me permitió

contener y contactar desde mis sensaciones y representaciones primero, para metabolizarlo a través del tercero en mi supervisión y poder ir construyendo con mi paciente el sentido de su síntoma para convertirlo en un gesto a interpretar, y no sólo un órgano que sufre y se deteriora. Pienso con Giovannetti en la escucha analítica con Azucena, que en este caso involucró mi cuerpo como no me había pasado antes y que me permitió escuchar mejor a mi paciente.

El segundo paciente que viene a mí es Ramiro, un joven en su veintena que no sabía por qué buscó tratamiento, pero que tiene una historia traumática con una mamá que se apoyó en él para ser sostenida en sus amenazas de suicidio, *cutting* y depresiones terribles. En estos momentos depresivos, ella no salía de la cama, y mi paciente quedaba angustiado por su vida/muerte, y cuando salía de esas depresiones era violenta físicamente con su familia. Ramiro habló de todo ello sin emociones, pero, con todo y esto por enfrentar, me transmitió la sensación de que quería vivir distinto y de que tenía fuerza para luchar, aunque no sabía cómo. Actualmente trabajamos y me sorprende su disposición a luchar en análisis, lo que torna las sesiones con él vivas para atravesar el dolor que estamos comenzando a hablar. ¿Qué lo diferencia de otros pacientes con historias similares?

Lo que estos pacientes me han hecho reflexionar es, por un lado, el lugar de la lucha pulsional en lo constitucional. Klein (1957) habló que el odio y la envidia son constitucionales y representan la pulsión de muerte; por otro lado, dice que la capacidad innata del niño por catequizar el objeto "amor" es lo que permite el crecimiento y la integración en la

relación objetal primaria; mientras que sus opuestos lo dificultan al obstaculizar la introyección de objetos buenos que construyan al Yo. Y nos dice que en “un conflicto innato entre amor y odio, está implícito que la capacidad para amar y los impulsos destructivos son en cierta extensión constitucionales, aunque variando individualmente en su fuerza e interactuando desde el comienzo con las condiciones externas” (p. 185).

Estos pacientes han podido tomar lo libidinal del ambiente, aunque en su vida hubo déficit, y también transformar, a partir de su mundo interno, algo para que ahora puedan tomar en análisis. En ese sentido, Melanie Klein, con estas observaciones sobre el odio y la envidia, ayuda a pensar en cómo es lo libidinal-eros, lo que aminora la pulsión de muerte para que estos pacientes, con todo y sus dificultades para vivir, se aproximaran a buscar ayuda por su expectativa de un objeto bueno. Y esto puede cambiar el pronóstico y la experiencia de las personas, sea cual sea su historia. Por otro lado, que el analista reciba y dé hospitalidad también a estos contenidos: agresivos, odio, envidia, dolor, etcétera, es igual de importante para traer estos contenidos a la transferencia, analizarlos y que puedan surgir elementos como el amor, el agradecimiento, la integración y la creatividad. No obstante, es importante recordar que, como Bion (1974) ya lo mencionaba, estos son contenidos difíciles de tolerar, contener y transformar en elementos pensables; y el analista puede defenderse y obstaculizar la vivencia de la experiencia en análisis para ambos. Así, me imagino el trabajo analítico como una cocreación de hábitats distintos, a veces más desér-

ticos e inhóspitos como esa imagen sin vida que comenté al inicio; otros, llenos de vida y posibilidades. Un desierto en espera de que llegue algo de agua para volver a la vida, ya que hay una disposición a recibirlo y transformarlo.

Para concluir, creo que el trabajo analítico expresa el agradecimiento hacia nuestros maestros, supervisores, analistas y pacientes; a todos aquellos que nos han ofrecido algo de vida que tomamos para poder ofrecerlo en una apuesta por la vida. Que, como menciona Giovannetti, es parte de la identidad del analista. Un analista vivo que confía en el método y que puede transmitir aquello que recibió en análisis: un otro dispuesto a enfrentar y construir un mundo interno a favor de la vida.

La identidad del psicoanalista no está estructurada en el diván ni en la frecuencia con que atiende a un paciente ni tampoco en la exacta interpretación. La identidad del analista se estructura en la capacidad de escucha de la palabra del otro —en estado naciente—, en la intervención que mantiene acceso el diálogo vivo y en la posibilidad (Giovannetti, 2004).

BIBLIOGRAFÍA

- Bion, W. (1974).** *Atención e interpretación*. Paidós: Buenos Aires.
- _____(1996). *Volviendo a pensar*. Lumen: Buenos Aires.
- Giovannetti, M. (2004).** “La hospitalidad, hoy, en la clínica psicoanalítica”. En: *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (núm. 100). Asociación Psicoanalítica de Uruguay.
- Klein, M. (1975).** *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Paidós: México.