

PONENCIA PARA EL PANEL:

“PROPUESTAS PSICOTERAPÉUTICAS CONTEMPORÁNEAS” 20/10/07

FUNDACIÓN PARA EL ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN (FUNDEP)

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (BUENOS AIRES)

HUGO LERNER

La única manera en que entiendo la noción de **psicoanálisis contemporáneo**, es si éste deviene indagador, contestatario, cuestionador, irreverente. En última instancia, eso fue lo que hizo Freud, quien como sujeto de su época también fue contemporáneo, indagador, contestatario e irreverente. Una propuesta contemporánea también es aquella que contempla el contexto socio-histórico de cada sujeto.

Por ejemplo, acerca de un concepto como el del narcisismo, ¿pensamos igual que los pioneros o algo ha cambiado? Las patologías narcisistas, ¿son las mismas que antes? ¿Qué son? Y aquí cabe preguntar: ¿Qué es la depresión?

Si tomamos el concepto de falla en la estructuración psíquica, que sería la causa de diferentes cuadros clínicos, se nos impone la idea de falta (siempre ligada a un trastorno en la narcisización temprana). Si hubo falta (con disociación) y no represión, no podremos apoyarnos solamente en el buceo del inconsciente para dar cuenta de esa problemática. Necesitaremos recurrir, por ejemplo, a conceptos como los de creación o edición de algo nuevo, de algo que no es pura repetición.

Hablar de **propuestas psicoterapéuticas contemporáneas**, y, en mi caso, hacerlo desde el psicoanálisis, me resulta algo redundante, ya que a mi entender el psicoanálisis siempre ha sido o debería haber sido contemporáneo. Freud fue un contemporáneo en su época y cada uno de sus continuadores (tal vez no todos) lo fueron en la suya. Yo intento que mis propuestas sean contemporáneas a la mía.

En todo caso, hoy tenemos más argumentos teóricos para afirmar esto y quitarle a nuestra práctica la idea de atemporalidad e inespacialidad, que durante muchos momentos impregnó la práctica y la teoría del psicoanálisis. Incorporar teorías, miradas nuevas, preguntarse por los padecimientos del sujeto actual, convierte al psicoanálisis en algo contemporáneo.

Durante mucho tiempo se pensó que nada cambiaba, ni los pacientes ni nuestras prácticas. Por suerte, tuvimos pensadores y no sólo repetidores religiosos y fanáticos. Por ejemplo, para comprender la subjetividad y su producción Castoriadis incluyó lo sociohis-

tórico. Muchos como el dejaron atrás un modelo reduccionista y determinista a ultranza para incorporar un modelo de la complejidad como marco epistemológico.

Quienes solicitan nuestros conocimientos y artes son sujetos que sufren y creen que en nosotros encontrarán un alivio a sus síntomas. Nosotros intentaremos ayudarlos a comprender. Se deberá establecer una línea que parta de nuestra comprensión hacia la comprensión del paciente, y obviamente en todo esto intermedian la transferencia, la contratransferencia, la interpretación, la construcción, la implicación subjetiva, etc., en fin, todas nuestras intervenciones que apunten a generar un cambio en la historia subjetiva de quien nos consulta.

Las “nuevas patologías” con las que se encuentra el psicoanálisis, como la depresión, nos plantean nuevos interrogantes y desafíos. Las depresiones no son nuevas, lo nuevo es que el psicoanálisis comienza a ocuparse de ellas.

Viñeta clínica

Irma es una exitosa abogada de 63 años. Tuvo tres matrimonios, tres hijos, y actualmente está divorciada. En nuestro primer encuentro descubro una mujer que no es muy bonita, pero con rasgos de haber sido una persona sumamente atractiva para los hombres (luego verificaría que mi percepción había sido acertada), pero que parece haber abandonado su lugar en el campo de la seducción y de la búsqueda de las miradas masculinas –o las de todos– en cuanto a su apariencia, no así en cuanto a su desempeño intelectual y la esgrima inteligente con que maneja su pensamiento.

Algunos elementos de su historia: es la tercera hija de cuatro hermanos, todos profesionales. Ella es la única que ha “seguido los pasos de su padre”, con quien dice haber tenido una relación muy cercana y afectiva. “De él aprendí a trabajar como hoy lo estoy haciendo”, dice. La madre, historiadora, la retrata fría, distante y muy exigente; afirma que “nunca le alcanzaba nada”. Aunque su paso por la Universidad fue relativamente exitoso, la madre consideraba que tenía que ser la mejor. Con sus novios pasaba lo mismo, ninguno estaba a su altura, excepto su segundo marido, que pertenecía a una familia reconocida en el mundo profesional e intelectual.

Este aterrizaje en mi consultorio es uno más de los muchos que ha tenido Irma en su vida; múltiples colegas muy renombrados habitan su historia como paciente del psicoanálisis. Su entorno familiar siempre estuvo atravesado por la idea de que “había que analizarse”. La tradición freudiana estaba presente en su ideología de clase y en la existencia de

muchos parientes de la parroquia psicoanalítica. Una vez más, como había ocurrido otras tantas veces, el motivo de esta consulta es: “Me siento deprimida, sola, con dificultades para encontrarle sentido a la vida”.

Primer reto: ¿Cómo hago para ayudar a alguien que presentó, , con algunos intervalos, episodios de depresión en tantos momentos de su vida? ¿Cómo voy a quedar posicionado en mi lugar profesional si Irma es pariente de tantos colegas y ha sido derivada a mí por uno de ellos? Me viene a la memoria el concepto de contratransferencia indirecta que acuñó Racker. ¿Y si no la tomo? Pero a esta altura de mi profesión ya es hora de que me aparte de lo que van a decir los colegas. He tenido tantos fracasos como los analistas anteriores de Irma, pero también he tenido buenos procesos terapéuticos.

Síntomas centrales de Irma: aumento de peso, por momentos insomnio, quejas, malhumor, retraimiento social, ansiedad, circunstancialmente cierta obsesión colocada en lo laboral, proyectos ideales que anhela y que constantemente siente lejanos. En ocasiones ciertos logros profesionales la “tranquilizan”; también se tranquiliza cuando en su casa, algunos fines de semana, hace escultura como aficionada. (Luego me enteré de que sus obras gustan mucho y que son valoradas). También sale a veces del estado depresivo cuando está con algunos de sus nietos.

El tema recurrente es la soledad y la ausencia de un compañero con quien compartir la vida, la sexualidad y “entrecruzar ternuras”, como ella expresa.

Es importante destacar que este abanico sintomático ha persistido a través del tiempo. Debo agregar que no pude detectar en la vida de Irma ningún duelo particularmente significativo y traumático.

Después de las primeras entrevistas quedé preocupado y le sugerí que debía medicarse, cosa que hizo durante algunos meses y luego seguimos sólo con la psicoterapia. En este momento de mi desarrollo profesional, no tengo problemas de indicar medicación, ya que en mi maletín de herramientas teóricas están aquellas que incluyen el cuerpo, la biología. Por lo tanto, me apoyo en la psicofarmacología.

En esta paciente la depresión compromete al yo, o sea, al narcisismo y, por lo tanto, al ideal del yo y la autoestima, sin dejar de lado el consabido lugar que ocupa el superyó en estos pacientes. En aras de la síntesis podríamos afirmar que en Irma el yo ha dejado de ser amado por el superyó, y que el ideal del yo y el narcisismo están seriamente comprometidos en esta pérdida amorosa. Podríamos jugar con una secuencia de estas características: Irma siente que perdió objetos especulares (por ejemplo, miradas masculinas) que

narcisicen su yo; su superyó ya no quiere ese yo devaluado y tan alejado del ideal del yo de antaño; a partir de este interjuego se desprende que la autoestima de Irma está en baja.

Nos hallamos en el terreno del narcisismo y, desde esta perspectiva, podemos decir, con Hornstein, que para que el paciente piense acerca de las causas que lo tienen deprimido es necesario el investimento narcisista de su actualidad y también del futuro, de modo que el cambio y la alteración tengan sentido. Siguiendo a Piera Aulagnier, diremos que un sujeto deviene otro si va aceptando que se descubre distinto del que fue y del que “debe advenir”. ¿Podríamos llamar a esto esperanza? ¿Podré lograr que la repetición se convierta en creación, en edición?

Desde otra postura, Kohut nos habló de las “formas y transformaciones del narcisismo”, y dijo que las transformaciones pueden dar lugar a un aumento de la empatía, la sabiduría, el humor, e incluso la aceptación de la finitud de la vida. ¿No está hablando aquí del yo, el superyó, la realidad? Es sabido que en los pacientes depresivos se da lo contrario: ausencia de empatía. Un yo alejado del saber, capturado por los síntomas y la conocida falta de humor de la cual ya nos habló Freud relacionándola con el superyó. ¿Y la finitud de la vida? Su aceptación, junto con la de la alteridad y la diferencia de los sexos, es un logro que tendremos que alcanzar, y está relacionado, por supuesto, con la manera en que se narcisizó el sujeto. En los pacientes deprimidos, todas estas vicisitudes pueden verse como si se desplegaran sobre un escenario.

La transferencia, poderoso motor de la terapia psicoanalítica, debería posibilitar que, al investirse una situación nueva, se tramiten y elaboren las viscosidades del narcisismo que no le permiten al sujeto desprenderse de sus objetos y vínculos pasados y presentes. Esos objetos y vínculos lo llevan a la repetición y hacen que el yo se defienda y luche por desprenderse de esa historia que lo aprisiona y atormenta. Vuelvo a la transferencia, o, mejor dicho, al analista que permite el investimento desde un lugar distinto al que se despliega en otros vínculos. A mi entender, ese lugar no se da sólo en la abstinencia, concepto este que llevó a muchos analistas a convertirse en helados receptáculos de palabras que salían de un hablante y no de un sujeto humano. Me interesa permitir que el paciente construya para sí una historia diferente, que deje atrás la repetición y acceda a la creación de lo nuevo, ¿a editar lo que no fue editado?, ¿o tal vez a representar lo que no ha sido nunca representado? En fin, a generar una identificación diferente. Identificación con un modo de pensar y de pensarse, identificación con un yo distinto al que le interesa crear y no repetir. ¿Acaso Freud no nos dijo que “El carácter del yo es una sedimentación de las

investiduras de objeto resignadas, contiene la historia de esas relaciones de objeto” (Freud, 1923)?

No soy ingenuo: muchos creerán que estoy disfrazando con mis palabras un modelo sugestivo. ¿Alguna vez no hay sugestión? Lo importante es que nuestra postura nos diferencia de una actitud intencionadamente sugestiva, porque que los analistas planteamos la lucha contra los síntomas desde una actitud interrogativa. Estoy planteando una relación transferencial que incluya la historia, una historia identificatoria que abarque al analista que cree en la creación de lo nuevo, en la elaboración, en la posibilidad de cambio, en detener la repetición para recordar cuando se pueda, o para permitir o posibilitar el acontecimiento (Badiou), lo nuevo. Como dije alguna vez, se trata de editar lo no editado, editar y no repetir. Aceptémoslo: a veces trabajamos *per via di levare*, otras veces *per via di porre* y, por qué no, *per via di creare*. En todo esto deberá estar presente la implicación subjetiva del terapeuta. Deberá “poner el cuerpo”.

La implicación subjetiva se relaciona con el discurso y la actitud del analista. Siguiendo a Green cuando falta la función ligadora de Eros, el observador/participante y activo que debe ser el terapeuta le toca establecer, con su propio aparato psíquico, los nexos faltantes.

La historia que interviene no es sólo la del paciente, también abarca las vivencias del analista, y esto implica que se “pone en juego” la historia de este. El análisis no pasa sólo por “interpretar profundamente”. Green nos alerta que esta postura puede “representar una alimentación intelectual forzada que, a mi juicio, sólo puede llevar a un hambre interpretativa mórbida o a una anorexia casi total hacia el discurso del analista”.

Si hablamos de falta, no nos engañemos: algo debemos poner, ya sea por vía de la interpretación o de la construcción. Pondremos empatía, comprensión. Haremos comentarios y muchas veces indicaciones. Repito, si todo esto lo incluimos en un proceso elaborativo, de historización, de producción de subjetividad, no tengamos miedo de traicionar la teoría y práctica del psicoanálisis. Por lo menos con el psicoanálisis que tantos, como yo, practicamos y estudiados.

Si pensamos que en los pacientes depresivos están alterados el yo y el narcisismo (imposible pensar un concepto separado del otro), deberemos restaurar el narcisismo, el yo. Desde esta perspectiva, sostener, prestar pensamiento, ayudar a simbolizar, a representar, cobran coherencia y dejan de ser sólo elementos derivados de la “intuición”.

Freud nos enseñó que el analista debe aportar auxilio, hacer participar al yo debilitado en un trabajo de interpretación puramente intelectual, lograr que se nos transfiera la

autoridad de su superyó, alentarlo a aceptar la lucha en torno de cada exigencia del ello. Debe cumplir distintas funciones: ser una autoridad y un sustituto de los progenitores, ser maestro y educador.

Estamos legitimados (esto va dirigido especialmente a aquellos que temen ser acusados de herejes). Debemos colocar en el centro de nuestras presentaciones clínicas conceptos como alentar, aportar auxilio, cumplir distintas funciones, fomentar la transferencia positiva, etc. Interpretamos, hacemos construcciones, pero también todo esto que señalé y que en algún momento fue dejado de lado, por lo menos en las presentaciones “oficiales”, para no ser tildado de un “técnico activo” (Ferenczi).

Me gusta afirmar que atención flotante no es distancia y frialdad; prefiero hablar, con Piera Aulagnier, de implicación subjetiva con “teorización flotante”.

Volviendo a mi ejemplo clínico: ¿podrá Irma imaginarse un futuro diferente a todo lo que viene repitiendo? ¿Podrá transformar su historia pasada y construir una nueva? Ese es nuestro reto y debe ser nuestro proyecto terapéutico.

Cualquier proyecto terapéutico psicoanalítico que implique una transformación del sujeto por vía de la producción de subjetividad incluye, invariablemente, un replanteo histórico del pasado que incluya el presente y el futuro. Entonces, con Irma: medicación sí, biología sí, pero también implicación subjetiva, historización, elaboración, edición de lo que no se editó.

TERMINO. No hay duda de que el psicoanálisis es una extraordinaria herramienta que se ha instalado con fuerza en la cultura. Sólo debemos tener cuidado de que al defender su “pureza” no nos transformemos, sin darnos cuenta, en practicantes de una religión llena de rituales. Un modo de contrarrestar este peligro es aceptar con amplitud –no con una postura “pseudoabierta”– el diálogo con otros modelos psicoterapéuticos y con la psicofarmacología.

Es cierto que el psicoanálisis privilegia la singularidad del sujeto y esto puede ser entendido como opuesto a un modelo generalista de la salud pública, que instrumenta un modo de atención más anónimo, casi diría por momentos desubjetivado. Pues bien, yo creo que la herramienta psicoanalítica puede contribuir a pasar de lo singular a lo general, que comprender a un sujeto ayuda a comprender a otros. “Salvar a una persona es salvar al mundo”, señaló alguna vez Frieda Fromm-Reichmann .