

Psyche navegante N° 83 - www.psyche-navegante.com.ar

Area: Psicoanálisis

Sección: Dossier: Homenaje a Fernando Ulloa

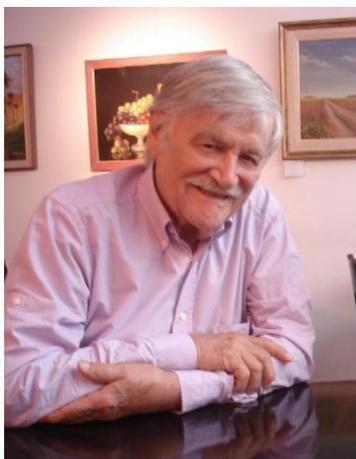
Título: Las herramientas personales y domésticas de mi práctica clínica

Autor: Fernando Ulloa

Tema: El autor realiza un minucioso repaso de las enseñanzas que le dejaron sus años de trabajo como analista haciendo hincapié en la relación entre la teoría y el estilo singular.

Este artículo fue publicado en nuestra precursora "Psyche" (Gráfica) N° 7 de Marzo de 1987. Los conceptos aquí vertidos fueron desplegados con posterioridad por el Dr. Ulloa en su libro: "Novela clínica psicoanalítica – Historial de una práctica", Ed. Paidós (1995).

Volvemos a publicar este texto, no sólo como homenaje sino porque sus aportes a la clínica psicoanalítica siguen teniendo la actualidad de los que rozan lo verdadero.



Voy a tratar, a pedido de Psyche, de escribir un tanto sintéticamente y sin el recurso de un pizarrón, una charla clínica que di hace algunos meses. La invitación a aquella conferencia que me hiciera el Dr. Pavlovsky, apuntaba literalmente a pedirme una muestra artesanal de mi manera de ser clínico, algo que entendí como una mostración de las herramientas personales.

Pensar la clínica como tarea artesanal aproxima el riesgo de la degradación en mera práctica. El basamento teórico, diría la excelencia teórica, es lo que previene tal degradación. En el psicoanálisis esa excelencia suele corresponder al nivel metapsicológico, a la otra escena, al inconsciente, donde juegan los fantasmas dando motor

afectivo y anécdota a la transferencia. Aquella que interpretaba habrá de organizar la primera y más estable institución psicoanalítica: la neurosis de transferencia, la que Freud puso a punto desde los dos pilares metodológicos, la atención libremente flotante y la asociación libre. Pilares que conviene advertir como intenciones más que como mandatos. Si menciono la metapsicología es como pretexto para justificar una ocurrencia. Ocurre que en todo aparataje clínico, la materialidad concreta de los muebles de un consultorio, aparece como lo más opuesto a la metapsicología. Entonces si la metapsicología es el nivel de mayor abstracción de la teoría psicoanalítica, voy a hablar de un nivel de abstracción de la materialidad de mi consultorio. Algo así como si hablara, en sentido figurado, de un meta diván, un meta sillón, un meta escritorio, etc., donde analizado y analista habrán de sostenerse verdaderamente en su trabajo, tan verdaderamente como los muebles que sostienen sus cuerpos.

Esas meta herramientas están constituidas por algunos diseños conceptuales que a lo largo del tiempo cada analista, en mayor o menor medida, ha ido fabricando y que terminan siéndole tan imprescindibles como el mobiliario de la consulta. Valga un ejemplo clásico: el término clínica, que se origina en el griego klinálos o cama en la que el paciente reposa su dolor, va transformándose luego en clínica o lugar hospitalario y finalmente se transforma en método, el método clínico, que es el verdadero soporte del sufrimiento del clínico y del clinado. Es ajustándose a la metodología clínica, que el clínico se inclina frente a la demanda de su paciente.

Las ideas clínicas son ideas de recambio, son descartables. Se prescinde de ellas no bien dejan de ser útiles. Pero en ese descarte no todo se pierde sino que esta versatilidad operativa de la clínica va organizando dos áreas. Un área teórica con las características de universalidad del conocimiento científico, por ejemplo los ya mencionados niveles teóricos metapsicológicos. Pero también va organizando capítulos menos universales, más personales, más domésticos, que habrán de traducir el estilo y los intereses de cada operador. Por supuesto que hay procedimientos con cierta universalidad que constituyen la teoría de la técnica, pero aquí insisto en referirme a herramientas personales y domésticas.

Estas herramientas cumplen dos funciones. En primer lugar sirven para accionar productivamente el quehacer clínico, en segundo término sirven al clínico para trabajar productivamente con el edificio teórico, con el análisis de la teoría. Es decir articulan al operador con ambos campos, el práctico y el teórico. Me atrevería a afirmar que aquel operador clínico que no haya organizado instrumentos personales, no solamente se verá resentido en su eficacia práctica sino que encontrará también, bastante obstaculizado el acceso al vasto universo teórico.

Una característica de estas herramientas, de estos metamuebles como me gusta llamarlos, es que se los pueda ver funcionar. Se despliegan en el espacio de un papel o un pizarrón como un diseño cuyas partes se articulan productivamente. Verdaderos dibujos escritos tienen algo de maquetas funcionales. Se diría que se los puede interrogar.

Otra característica, es que estas herramientas personales se han ido forjando, han ido haciendo memoria en el operador, al grado de tener forma dibujable de su estilo personal. Se dice que el perro del pastor con el tiempo termina pareciéndose a su amo, algo semejante ocurre aquí. Pero lo anterior, aquello de que han ido haciendo memoria en el operador, de ninguna manera justifica que este instrumental personal debe ser a su vez memorable. El mostrarlos no es para proponerlos como modelos. Esto tiene relación con algo que considero sustancial en el psicoanálisis y en general en las relaciones personales.

Se trata de privilegiar en primer término que dos o más entiendan singularmente, entiendan en el sentido de *intelligere*, de producir inteligencia, antes que pretender privilegiar que dos o más se entiendan. Por supuesto que cuando se da la producción singular de inteligencia bien se puede esperar un campo correspondiente de entendimiento.

Es en este sentido que digo que los dibujos de mis herramientas no podrían ser memorables sino que les asigno otro mérito; el de pretender producir en el destinatario su propia inteligencia singular acerca de su instrumental doméstico. Pero esto de la memoria forjada tiene su desventaja. Ustedes me oirán decir que un analista en su oficio no habla de memoria. Ocurre con estos diseños memoriosos, por cotidianos y fáciles de utilizar productivamente, son difíciles de transmitir, por aburridos para uno mismo, cuando se debe una vez más hablar de ellos. Acontece algo semejante a aquel actor que repitiendo por enésima vez su texto puede quedarse “sin ángel”. Veré cómo sorteo el riesgo.

Los diseños que presentaré los he seleccionado como representativos de distintos momentos de mi formación, de mi edad como analista.

Yo suelo dividir en tres las edades de un analista: la edad del noviciado, en la que tiende a identificarse con analistas vivientes. La edad de los amores teóricos, donde la identificación no solamente es con los textos sino que esos textos van produciendo sustancialmente pensamientos y propias teorías. Y la edad de la maestría, aquella donde ya está garantizado que todo análisis válido es propio análisis. En esta etapa ha

terminado en general el dispositivo técnico de análisis personal y desde el quehacer analítico el analista empieza su propio análisis interminable, el que resulta de su práctica.

Comenzaré por mostrar algo que en cierta forma pertenece a la prehistoria mía como analista, puesto que este diseño está basado en observaciones hechas cuando era un médico recién graduado. Se refieren a Don Pascual. Este era un hombre internado en la sala donde yo hacía mi práctica. Provenía de una pequeña comunidad rural; no era político, ni médico, ni abogado, tampoco era sacerdote, ni siquiera era un hombre de alguna fortuna, se reconocía a sí como un hombre de consejo. Quizá sin saberlo era un poeta. Don pascual pronto comenzó a tener influencia entre los pacientes de la sala, después con enfermeros y luego con algunos pocos médicos entre los que contaba. Al tiempo algunos de sus paisanos comenzaron a visitarlo. No era persona de mucho hablar pero su próximo fin y el estar lejos del terruño lo habían tornado más decididor. Yo solía escucharlo por largos momentos tratando de advertir la índole de su saber.

Escribí entonces, sin mayor orden, algunas pocas notas. No me es fácil decidir qué cosas decía y qué promovía en mi pensamiento. Era un maestro de aquellos que dejan marca en el orillo sin que quien aprende corra el riesgo de convertirse en el orillo de una marca. Curiosamente con el tiempo su figura se me ha ido encimando, tanto con la del poeta Macedonio Fernández, como con la de los últimos tiempos de Pichón Riviere. Años después, bastantes, cuando debí hacerme cargo de la cátedra de Psicología Clínica en la Universidad de Buenos Aires, volví, más que a las notas, a la memoria del saber de Don Pascual; a lo que creí reconocer como el secreto de su eficacia. Pensé que no era poca pretensión que los psicólogos clínicos a formar, no desmerecieran sus procederes. Elaboré entonces lo que denominé las cinco condiciones de eficacia clínica.

A lo largo del tiempo fueron decantando estas condiciones clínicas. Figuran dispersas en algunas clases-fichas, extraviadas en los tiempos de la docencia universitaria, pero aún advierto en mí la presencia inadvertida, valga la contradicción, de esta herramienta que forma parte de mi yoidad de clínico.

Voy a comenzar nombrándolas sin que el orden signifique necesariamente un propósito secuencial aunque en cierta manera cada condición es función de la otra.

- Capacidad de predicción
- Actitud no normativa
- Posibilidad de establecer relaciones insólitas en el discurso
- Definir por lo positivo o por lo que es
- Coherencia entre teoría y práctica o entre ser y decir

Las desarrollaré brevemente.

➤ Por **capacidad de predicción** entiendo la organización que todo clínico puede hacer de sus propias expectativas antes de incluirse en una situación clínica.

No se trata de pretender alguna suerte de adivinación acerca de lo que habrá de ocurrir y mucho menos de planear acotadamente una entrevista clínica, se trata de la puesta en claro de las propias expectativas, en base a los datos precarios o no que se poseen previamente. Esta organización explícita de las expectativas funciona desde el primer momento de la entrevista como medida de confrontación con lo que realmente acontece. No importa que la confrontación coincida o no, lo que importa es que a partir del ajuste o desajuste con los emergentes del campo, que permiten un mejor conocimiento clínico de movida. Cuando no se han organizado las expectativas, éstas también funcionan, pero secreta y perturbadoramente. Una entrevista es una oportunidad de eficacia clínica y no es ético desaprovecharla.

- La **actitud no normativa** es el propósito de no normativizar, no diagnosticar prematuramente. Dejarse atravesar por los datos del campo sin pretender entender antes de entender.

Conlleva el propósito de no ocupar –en el acto diagnóstico- el lugar normativo del superyó. Quizá ésta sea una de las mayores habilidades de un clínico. Basta advertir como en los controles un joven operador suele deslizar, insensiblemente, críticas superyoicas en lugar de datos acerca de los síntomas de su paciente.

- **Posibilidades de establecer relaciones insólitas.** En cierta forma esta condición es el núcleo duro de la capacitación clínica, la oportunidad de producir inteligencia clínica.

Es fácil entender que todo sujeto que demanda, en cuanto sujeto dividido, tal lo describe Freud en su último artículo comenzado en Viena y terminado poco antes de morir en Londres, pone en juego una fantasía de conflicto y una fantasía de solución. Puedo graficar más aún esto hablando de un aparato de preguntas (“¿Dios mío qué me pasa?”) y uno de respuestas. Cuando alguien demanda desde un incremento conflictivo, ambos aparatos dejan de estar divididos y más o menos “próximos” (el ingenioso dispositivo del que habla Freud en su trabajo y que permite simultáneamente aceptar y negar la amenaza de castración) y pasan a estar más bien dislocados. Las preguntas no hallan respuestas como si los dioses estuvieran ausentes, por eso la demanda. Estos distintos grados de disloque habrán de traducirse en el discurso del paciente, también como fragmentos discursivos dislocados, hasta se podría, por momentos, tomar las fragmentaciones como contradicciones y aún como falsedades. Se trata de relacionar estos fragmentos dislocados. Al hacerlo suelen presentarse como articulaciones insólitas para el propio paciente. En esta sorpresa radica gran parte de la eficacia develadora.

- **Definición por lo positivo.** Obviamente no cabe suponer que aquí positivo tiene alguna connotación bondadosa.

Frente a alguien en trance de una decisión, por ejemplo viajar, es importante percatarse cómo no es lo mismo el propósito de irse de un lugar, que irse explícitamente a un lugar, para lo cual obviamente hay que abandonar el propio territorio. El asunto es advertir dónde pesa el deseo. Pero fundamentalmente se trata de no hacer diagnóstico por descarte, por lo que no es, lo que conduce a algo semejante a la conocida figura clínica de identidad por lo negativo, pantano donde se atrapan habitualmente las entrevistas clínicas.

- **Coherencia entre teoría y práctica.** Los términos de por sí definen el propósito de esa condición: ser lo que se dice o decir lo que se es.

La sencillez de la coherencia es el resultado complejo de una práctica conceptualizadora, aquello donde un oficio termina siendo una manera de vivir y no una manera ritualizada de oficiar. Puede que desde la división de todo sujeto, la coherencia de ser lo que se dice o decir lo que se es, aparezca como propósito inalcanzable, más en clínica la expectativa de este horizonte que garantiza la máxima eficacia para intentar eludir el dogmatismo que conlleva la práctica de teorías. Se puede acceder así a la posibilidad de conceptualizar prácticas, desde la excelencia teórica, respetando la singularidad de cada situación.

La segunda herramienta que presentaré se origina como la anterior en tiempos de noviciado clínico y las correspondientes identificaciones con maestros vivientes. Si el diseño de las condiciones de eficacia está jugando desde “las enseñanzas de Don Pascual”, éste reconoce un nítido linaje pichoniano. Tanto es así que su origen fue un seminario, en que intervino por primera vez como docente, y que organizó Pichón Riviere después de una notable experiencia que se denominó “La experiencia de

Rosario”, a partir de la cual se incrementaron las conceptualizaciones metodológicas sobre técnicas operativas. Me correspondió desarrollar en aquel seminario un tema: relaciones entre encuadre terapéutico (psicoanalítico) y encuadre operativo.

Por entonces yo comenzaba mi formación sistemática como psicoanalista, quizá por eso encimaba un tanto ambiguamente términos tales como terapéutico y psicoanalítico como una polaridad de procedimiento clínico, para colocar en otra el proceder operativo. A lo largo de los años he ido advirtiendo cómo este diseño trabajó mi práctica, sobre todo cuando la misma se desarrolla en campos tan diversos: privada, hospitalaria, enseñanza, ámbitos institucionales como objeto clínico, grupos, comunidades clínicas, trabajo con psicóticos. Concretamente, yo hablaba en aquel seminario de dos polaridades metodológicas clínicas.

En la modalidad terapéutica-psicoanalítica el énfasis en la escucha y en el examen supone un “porqué” genético, el porqué del síntoma. En tal sentido todo acontecimiento tiende a ser explorado en cuanto exploración de origen. Por supuesto, este comportamiento refuerza los procesos transferenciales con el consiguiente incremento de la ambivalencia propia del vínculo dual que abre las puertas de la tragedia donde se rechaza aquello de lo que se depende y se depende de aquello que se rechaza. Se instaura así un tiempo regresivo en el vínculo clínico que habrá de configurar el polo deseo-goce, aún el goce sufriente, y en el cual, cualquier tiempo pasado aparece oscuramente anhelado, oscuridad buñuelana del deseo re-sentido.

En la modalidad operativa, en cambio, la intención se juega en el “para qué” prospectivo, en la intencionalidad del síntoma. Todo acontecer se lo examina no como reproducción, aunque lo sea, sino como ensayo para un después y afuera. Entonces la transferencia tiene mayor oportunidad de resolverse, la ambivalencia trágica da paso a la bivalencia por disolución de los vínculos regresivos duales y la presencia del tercero promueve la circulación dramática abriendo chances para elegir y rechazar bivalentemente. El tiempo es prospectivo, es proyecto tiñendo desde un mañana ensayado, el hoy. La situación tiende a conjugarse, por tener horizonte futuro, en placer abierto y no en goce atrapante. En re-conocimiento.

La articulación de ambas modalidades marcó fuertemente mi manera de trabajar “operativamente” como analista, concretamente en un punto: recuperar el proyecto –aún fallido y antieconómico- que toda producción sintomática conlleva. El carácter antieconómico de este para qué sintomático ayuda a “señalar” el momento histórico en que hubo un primer fracaso que insiste como punto disposicional permanente, como porqué genético. Este indicador permite en cierta forma regresiones acotadas hacia aquel punto disposicional. Por otra parte el que un paciente advierta el para qué sintomático, hace posible recuperar “la dignidad” del síntoma, lo cual favorece los procesos de sublimación. Esto es fundamental cuando se trabaja con psicóticos o con neuróticos muy graves, ya que regresivos de por sí, y dónde establecer procesos de sublimación es fundamental para “neurotizarse” analizablemente un psicótico. De cualquier manera, quiero destacar que no se trata de clínicos operativos o clínicos psicoanalíticos. A partir de este diseño inicialmente simplificado y hasta ingenuo, la práctica me enseñó que ser psicoanalista es sólo un rumor por más títulos válidos que alguien posea. El asunto es que alguien desde estos antecedentes logre estar psicoanalista en una determinada y singular situación, es decir ajustado a la demanda, cualquiera sea el polo metodológico que se deba accionar prevalentemente para garantizar una producción clínica pertinente.

La producción del sistema clínico es función de una ruptura que enlaza. Esta ruptura enlazadora es la abstinencia del clínico asumiendo su rol, primero desde lo que no hace, condición necesaria para la audacia del hacer. Este no hacer, marca y designa la

diferencia de dos lugares: el clínico y el clinado. La formulación Psicopatológica Clínica Psicoanalítica ejemplifica el lugar de la producción del *pathos* y el de la producción teórica psicoanalítica. Mientras ambas producciones constituyan una simetría recíproca, enlazada por la clínica, habrá producción de inteligencia. Cuando termina esta reciprocidad muere el clínico y surge el predicador o lo que es peor, la dialéctica amo-esclavo. Ejercicio arbitrario del poder.

El tercer dibujo instrumental del que voy a hablar corresponde en su origen a lo que me gusta denominar los amores teóricos o la segunda edad de un analista y en la cual la frecuentación de los textos va organizando propios textos, escritos o sólo estructurados como pensamiento. Esta herramienta es sustancialmente de capacitación. Entiendo por capacitación la eficaz articulación de la práctica en la que los obstáculos personales o del campo son oportunidad de descubrimiento. Descubrimiento que aclara los textos y se aclara desde los textos.

Denomino a esta herramienta: los cuatro parámetros de un encuadre clínico o más ampliamente la metabolización ascendente de un encuadre clínico.

Hablando de textos voy a referirme a este diseño transcribiendo algunos párrafos de una conferencia anterior titulada: "Identidad y personalización del psicoterapeuta". Decía allí: "... *la capacitación psicoanalítica se encuadra en cuatro parámetros estructurales. Aquellos cuatro elementos que constituyen precisamente el encuadre clínico:*"

- La materialidad del campo
- El proyecto del mismo
- La teoría, metodología y técnica
- El estilo personal del operador

La formación psicoanalítica implica que un sujeto encuadrado –por así decirlo, en un encuadre- internalice y metabolice, en un proceso ascendente, en relación al orden de estos cuatro componentes, este encuadre.

Su estilo personal irá haciéndose, desde su propio análisis, experiencia desmitificada a la par que instrumento. Como instrumento pasa a integrar "ascendentemente" el tercer parámetro como eje personal del método permitiéndole mediatizar un saber teórico con la teorización de su práctica.

Pero esta inclusión personal confiere al esquema referencial una calidad ideológica elaborada: una manera singular de proyectarse psicoanalista, dentro de una visión del mundo que no lo encontrará indiferente aún desde la práctica psicoanalítica de la abstinencia.

Necesariamente este proyecto personal lo confronta de una manera no inocente con los proyectos del campo (el de su analizado), o sea con el segundo parámetro del encuadre. En primer lugar el proyecto marcará la pertinencia del clínico, pero es ésta confrontación lo que hará posible al clínico establecer los grados necesarios de concordancia o discordancia con los otros, para garantizar o para negar la posibilidad de una producción común. Por supuesto, estoy rozando el pretendido problema de la neutralidad del clínico, analista o no. No existe tal neutralidad. Es claro que la abstinencia psicoanalítica, que no en neutralidad sino en recaudo operacional ético funciona, precisamente por ético, sólo dentro de los límites compatibles con una producción común entre clínico y clinado.

Desde esta no neutralidad, el psicoanalista mantiene su autonomía. Cuando se ha adquirido esta autonomía también se supera la tiranía de la materialidad del campo, o sea, aquello que representa el primer parámetro del encuadre.

Abandono por unos momentos el texto de aquella conferencia a la que luego volveré.

Las dos últimas herramientas que habré de presentar las ubico en la edad de la maestría. Resulta un tanto chocante decir de uno mismo maestría, pero ocurre que puede haber una época en un psicoanalista que admite tal calificativo. Acontece generalmente después de un período en el desierto, de un retiro más o menos real y significativo. De este desierto se puede o no volver en maestría. No necesariamente maestría se corresponde con la presencia de discípulos. Esto es posible pero no necesario, al menos en el psicoanálisis clínico. En la maestría he perfeccionado el estilo personal –en cuanto instrumento- desde el desarrollo de algo que puede aparecer como antitético o al menos contradictorio. Por un lado la no neutralidad (es decir la no neutralización del psicoanalista por el hábito cultural cotidiano). Por otro lado, la disciplina de la abstinencia psicoanalítica. Estos dos aspectos contradictorios en el quehacer psicoanalítico pueden llegar a ser profundamente conflictivos y ricos en la producción de un analista en esta edad de la maestría.

El propio análisis personal ha terminado tal vez hace tiempo, o han terminado las expectativas de repetir la experiencia. En su lugar se instaura el análisis interminable cuando todo análisis válidamente conducido tiene efectos analíticos sobre el operador.

En mi experiencia este retiro, este desierto no necesariamente desierto, se inició en los comienzos de la década del '70 con la renuncia a la APA y a los organismos psicoanalíticos internacionales. Eran los tiempos de Documento y Plataforma. Más tarde, por las condiciones de represión política tuve que alejarme por un tiempo del país. Me vi confrontado en mi práctica a muchos diversos diseños clínicos no siempre psicoanalíticos. Paradójicamente, esto afianzó desde el recurso de la abstinencia interpretativa, mi estilo psicoanalítico. Con cierta exageración, pero no tanto, diré que la política y la poética no son ajenas a mi estilo interpretativo. Es que la política, la poética, junto a la filosofía, la epistemología, la economía, la mística, son vectores de la condición humana. Ellos marcan los estilos de los oficios del hombre.

Introduzco entonces este diseño que habrá de resumir la puesta a punto de la habilidad psicoanalítica máxima: la de interpretar.

Interpretar psicoanalíticamente admite tres significaciones o designa tres operaciones, cada una en función de las otras: un rol activo, una lectura y la formulación hablada (o accionada) de esa lectura.

Un **rol activo** como actitud o disposición para la acción clínica. Una manera de “pararse” en la cancha clínica. En psicoanálisis este aspecto del interpretar es de hecho la función más facilitada, pues se la asume abstinencialmente desde lo que no se hace. El saber qué no hacer es un recaudo metodológico central de la clínica. La disciplina abstinenta, semejante a un arte marcial, cuando está correctamente incorporada no se la nota, no es ausencia ni reticencia, es ir dando lugar al otro.

Al decir fácil no califico el arduo adiestramiento abstinenta, sino señalo como el que demanda atención psicoanalítica atribuye, delega, teme, espera y muchas cosas más, que el analista asuma un lugar prominente de entrada. Voy a ir describiendo los elementos de un dibujo, que finalmente integraré como campo de la relación analista-analizado, graficando en el tamaño de un trazo lineal la cada vez más difícil asunción de las distintas funciones del interpretar. Imaginen esta primera función “facilitada” por el no hacer y las expectativas del que demanda, como un trazo lineal de 6cm de largo. Es una medida totalmente arbitraria.

El segundo significado-función del interpretar alude a la **lectura**, desde lo advertido por el analista. Esta función presenta más dificultades que la anterior si consideramos lo que realmente “sabe” el psicoanalista acerca de quien lo demanda, comparado con lo que éste supone del saber del analista. Esto está bastante esclarecido desde el lacaniano

sujeto supuesto saber, manera de designar al psicoanalista a quien el analizado ha hecho objeto transferencial de sus síntomas.

De esta confrontación entre saber atribuido sintomáticamente (línea 6cm) y el arduo saber resultante de la lectura, se entiende como el interpretar-leer es función más fácil que el interpretar como asunción activa de un rol. Grafiquemos esta segunda función, la de lectura, por un trazo lineal más restringido; una línea de 4cm.

Finalmente interpretar desde el rol y la lectura, **una formulación hablada (o accidentada)**, lo cual se ajusta en realidad a la clásica significación psicoanalista de interpretar, resultará obviamente más difícil aún. No sólo se ponen aquí en juego decisiones metodológicas y éticas así como oportunidad y pertinencia, sino que mucho de lo que “lee” un psicoanalista, cae dentro de lo inefable, aquello difícil de traducir en palabras. Imaginemos entonces esta dificultad mayor para esta tercera función, restringiendo el nuevo trazo a sólo 2cm.

Si componemos un dibujo a partir de estas tres líneas desiguales, tendremos el siguiente resultado (que habré de presentar de entrada como un gráfico más completo a partir de estas tres líneas).

Rol activo _____

Lectura _____.....

Formulación hablada _____.....

Al completar simétricamente estas líneas con una línea punteada obtenemos un dibujo útil para presentar gráficamente un campo clínico psicoanalítico. La línea que cruza diagonalmente en campo, grafica la abstinencia psicoanalítica a partir no sólo de la disciplina abstinenta, que cada vez promueve más lugar al analizado, en una temporalidad lineal, sino que también es resultante de la creciente dificultad que va presentando el acto interpretativo, en una temporalidad puntual, como lo describí en relación a las tres funciones interpretativas.

Lo anterior adelanta lo obvio, esta diagonal abstinenta que articula en el gráfico como la práctica, la relación analista-analizado, designa el transcurrir temporal de un análisis. Transcurrir donde la figura del analista al comienzo, avanza como un espolón sobre el campo del analizado ya sea por la invalidez sufriente de éste ya por el atribuido supuesto saber sobre el analista. Al final del análisis se ha invertido el dibujo, tanto por la autonomía que ha ido adquiriendo el analizado como por la maestría, que en ese caso particular, más allá de su edad psicoanalítica, ha adquirido el operador.

Además este trazo abstinenta señala una calidad propia de la clínica en general y de la psicoanalítica en particular: es un ejercicio en soledad para el operador precisamente a partir del creciente “silencio” que las tres funciones interpretativas van adquiriendo en la puntualidad interpretativa y en la linealidad temporal en la cual se va “haciendo hablar” la estructura sintomática del analizado, originando la transferencia. La persona del propio analista cae “abajo y arrinconada” tal lo sugiere el gráfico, por los personajes transferenciales que ha accionado. Por ahí va la maestría de alguien que no proponiéndose como modelo contribuye no obstante a poner en cuestión, en el analizado, sus propios valores y deseos. Es que ese rincón abajo no es lugar de arrumbamiento, es lugar de poder metodológico ya que no hay otro poder válido en el accionar psicoanalítico.

Podría extraer otras consecuencias de este diseño. Por ejemplo señalar que su parte superior, la del espolón del supuesto saber, señala prevalentemente el polo psicoterapéutico del psicoanálisis, lo cual no quiere decir que señale una mayor incidencia curativa pues en realidad se tratan de las iniciales (y muchas veces finales) curas transferenciales. En cambio la parte inferior corresponde más al polo psicoanalítico, el que encamina el fin de un análisis y donde la cura puede resultar un hecho estable consiguiente a la transferencia ya resuelta.

También diría, tomando el trazo de 6cm seguido de uno punteado de 2cm, que nunca existe un paciente con tal invalidez como para no inscribir su presencia como persona, aunque sea una presencia de 2cm. Reconocer esto es un recaudo necesariamente ético para que se abra la promesa de una verdadera eficacia psicoanalítica. En forma semejante corriendo la atención al trazo lleno de 2cm, completado por una línea punteada de 6cm, en el pie del dibujo, podemos afirmar que nunca se conduce un fin de análisis sin la presencia explícitamente reconocida (aún de 2cm) del analista.

De lo contrario estaríamos no en el final de un análisis sino aproximando la debacle del parricidio. Un fin de análisis implica reconocer un lugar que por haber sido abandonado garantiza la extranjería exogámica. Puede ser que nunca se retorne al mismo, pero eso no desmiente el valor de su existencia simbólica.

Finalmente arribo a mi última herramienta, quizá la menos anecdótica, la más conceptual.

Voy a intentar presentar sustancialmente lo que designo como “estructura clínica de demora”, volviendo a recurrir al texto escrito de la conferencia que mencioné anteriormente.

Presentar esta herramienta implica un problema que surge siempre que nos disponemos a transmitir psicoanálisis psicoanalíticamente.

Se trata de intentar no sólo hablar académicamente del inconsciente sino también hablar al inconsciente. Esto último supone por momentos, inevitables efectos relacionados con la confusión. El *insight* es posterior.

La estructura de demora se relaciona con algunos grandes temas psicoanalíticos como la escucha, la atención libremente flotante, la contratransferencia, es decir aquel acontecer propio de neurosis de transferencia, pero principalmente se relaciona con la abstinencia concebida como una suerte de arte marcial que no suprime el registro sino que al suprimir la acción inmediata logra trascender lo aparente y acceder a otro conocimiento. Veamos: La unidad mínima de operación clínica es la siguiente: mirar, pensar, hablar. Cada uno de estos términos es de por sí complejo pero a los fines mostrativos los presento en su máxima reducción. El eslabón central, el pensar, es algo así como el laboratorio de la clínica psicoanalítica. Si este eslabón se saltea, se establece un corto circuito donde el clínico, psicoanalítico o no, sobredetermina o es sobredeterminado por el campo. La forma más frecuente pero no única de esta sobredeterminación es el diagnóstico prematuro que no es igual que precoz.

Examinemos entonces este segundo eslabón –este laboratorio clínico- empezando por complejizar el pensar. Pueden describirse diferentes aconteceres. Por de pronto los siguientes: siento, quiero o no quiero lo que siento. Luego vendrá lo memorioso y finalmente algo que denomino: lo impensado. Aclaro que sólo estoy estableciendo una cronología por requisitos de exposición. En la realidad no hay tal secuencia. Siento describe un sentir elemental, aquel que señala que todo organismo vivo es reactivo al medio, o sea que lo interpreta para vivir o para sobrevivir. Entonces sentir es placentero o paranoide según lo que interprete. De inicio suele prevalecer el conocimiento

paranoide. Es fácil entender que se quiere o no se quiere lo que se siente. Este quiero o no quiero puede considerarse base de la primera operación elemental clínica, en tanto promueve acercamiento o alejamiento espacial, o cambios corporales y procesos emocionales. Desde lo anterior surgen en el psicoanalista las creencias acerca de las causas de estos movimientos y afectos. Estos verbos: siento, quiero, creo, designan la manera como el clínico “está afectado”, involucrado emocionalmente, diría afectado, por contagiado, frente al clínico. Aquí llegamos a una estación importante en el establecimiento de la estructura de demora. Estar afectado no sólo significa estar involucrado o contagiado, sino que también tiene el sentido de estar afectando a una tarea. Pues bien, esta vocación, esta tarea, en psicoanálisis es la de la abstinencia, que no es tarea de supresión o purificación sino que se afecta como tarea al estar afectando, involucrado, para perfeccionar la acción clínica.

Detengámonos. El creo –tal o cual cosa- suele ser la expresión más frecuente del estar afectado, contaminado. Guarda poca objetividad con lo que el clínico expresa, sino que se refiere a lo que le acontece al clínico frente al estímulo que ha recibido. En este sentido la creencia se emparenta con la sustancia de la cual están hechos los delirios. Si el psicoanalista habla desde su creencia, desde su “creo que”, está sólo opinando. Esta opinión significa más que una objetivación acerca del campo, el imperativo de una catarsis emocional. El abstenerse de esta descarga emocional opinante, transforma el siento, quiero, creo, en algo así como un importante nicho ecológico emocional pronto a albergar una próxima idea aún impensada. Se va estructurando la demora, por el momento emocional, que agudiza la empatía clínica. Podría generalizar diciendo que un psicoanalista “no opina” (en el sentido que aquí señalo) y que ésta es la primera estación de la abstinencia.

Toca ahora el turno a las ideas, a lo específico del pensar. Se trata de un pensar memorioso. De cuatro memorias. Próximo a la creencia no opinaba, surge la memoria de propias experiencias que evocan en el analista situaciones personales semejantes a las de su analizado. Es la importante memoria que permite poner en nosotros lo del otro. Es la base de la continencia clínica. También la memoria se ocupa de aquellos otros momentos semejantes en la historia del analizado. Es la memoria que permite organizar el hospital del paciente.

Por ahí surgirá la memoria casuística que agrupa al sujeto con otros analizados.

Finalmente la memoria más importante y frecuente: la memoria teórica, que encuadra en determinado capítulo teórico al paciente y su suceder.

Nadie duda de la importancia de la contienda, el historial clínico, la casuística o la ubicación teórica, más el psicoanalista en acto psicoanalítico si quiere acceder a la singularidad interpretativa eficaz “no habla de la memoria”.

Pero así como no suprimió el registro afectivo tampoco suprime el importante registro memorioso. Sólo lo demora hasta alcanzar el premio de esta demora. El premio llega en la forma de una idea nueva que se articula con lo que llamé el nicho ecológico emocional. Se estructura una distinta relación ideativa-emocional: lo impensado... hasta ese momento. Lo impensado es el resultado de ambas abstinencias. Lo impensado es una de esas ideas clínicas que integran el repertorio de las ideas descartables. Se integra en base a dos núcleos: el que resulta de la abstinencia de opinar, que agudiza la intuición clínica y el que resulta de la abstinencia memoriosa que acrecienta la eficacia ideativa de la palabra. Lo impensado que habla al y del inconsciente del analizado disparará en éste otro producto: lo impensable, aquello que sólo el sujeto está en condiciones de advertir en sí mismo. Pero esto es otra historia.

No se me escapa, y reitero algo ya adelantado, que he hecho una apretada exposición que no pretende cumplir las condiciones académicas para transmitir conocimiento que

hablen del inconsciente. Esta es condición ineludible cuando se intenta transmitir psicoanálisis psicoanalíticamente.

Ustedes como escuchas (o lectores) sienten, quieren o no quieren, creen, memorizan pensamientos acerca de lo que hablo (o escribo). Cuando un psicoanalista habla o hace hablar a sus textos, es psicoanalista interpretable con aspiración develadora. Pero sustancialmente está sujeto (de sujetado y sujeto) a interpretación. La interpretación, se ha corrido, como posibilidad, al que recibe. Esta interpretación será tan múltiple y diversa como destinatarios singulares existan.

En cierta forma, sólo en cierta forma, la interpretación psicoanalítica, alcanza su forma más confiable en situaciones duales. Hay más chance de ajuste pertinente. Es probable que por esta razón todo psicoanalista, desde Freud y su ex -amigo Fliess, hable y escriba con el pensamiento puesto prevalentemente en un interlocutor amigo, ex –amigo o sólo imaginario.

Algunas de estas meta herramientas personales y domésticas, como insisto en denominarlas, fueron bosquejadas de inicio en la brevedad precaria de una servilleta de café, en amiga discusión apasionada. El tiempo, las fue haciendo soporte de mi trabajo, las abstinentes manos del oficio.

Su verdadera dimensión e intencionalidad quedan sugeridas por aquellos versos de Juan Gelman:

“dejá tu mano así /
en su aire /
en ella /
sin comienzo /
ni fin /”