

Lo novedoso, la urgencia y los tiempos que corren

Enrique Carpintero

He decidido invertir los términos del título de esta mesa para comenzar con los tiempos que corren luego seguir con la urgencia para, finalmente, referirme a lo novedoso.

Podría hablar mucho de los tiempos que corren. Podría decir que son tiempos mediáticos en los que, todos los días, aparecen noticias que nos sumergen en el escepticismo y la resignación. Son tiempos de un capitalismo globalizado que se manifiesta en diferentes indicadores sociales : violencia urbana, violencia familiar, aumento de la cantidad de pobres y marginados, indiferencia hacia el prójimo, en definitiva el predominio de lo que Robert Castel llama un "individualismo negativo". Toda esta situación indica una característica de los tiempos que corren : hay que correr. Hay que vivir hoy porque mañana no se sabe que puede ocurrir y, para vivir, hay que consumir. No importa qué, lo importante es consumir : hamburguesas, psicofármacos, dietas, programas de televisión y tratamientos milagrosos que prometen una curación en un breve tiempo para luego, seguir consumiendo.

Los cambios culturales son tan rápidos que los jóvenes no tiene modelos identificatorios. De esta manera crece la incertidumbre y la búsqueda de una salida a través de alguna ilusión artificial que permita una certidumbre efímera, pero suficiente, para soportar las permanentes frustraciones.

Estos tiempos que corren se manifiestan en una subjetividad donde predomina lo negativo. Por ello vengo planteando en diferentes escritos que el trabajo con lo negativo es el paradigma de la práctica analítica en la actualidad. Esto nos lleva a los efectos que la pulsión de muerte tiene en las demandas de atención. Pero también en las consecuencias que, la misma, plantea sobre la necesidad de modificar el dispositivo clásico analítico.¹

Si la urgencia aparece en la demanda del paciente de “estar bien en breve tiempo” acorde con los tiempos que corren y el análisis, al no dar cuenta de esta demanda, va a permitir que se encuentre con su propio tiempo ; no podemos dejar de lado que la urgencia también remite a las características en las que es necesario operar. Cuando me refiero a este término lo hago en relación a Freud que decía : “El método analítico...procura remover, extirpar algo”. Para ello es necesario tener en cuenta que un análisis es una experiencia. Aunque en el transcurso de cualquier análisis el terapeuta ayude a conocer y comprender aspectos de la vida del paciente esto solo sirve para sostener esa experiencia particular que tiene el análisis de cada paciente. Es desde esa experiencia donde opera el análisis. Esa experiencia se llama transferencia. Para ser más preciso contratransferencia-transferencia ya que la contratransferencia está primero. La misma, al entenderla en un sentido amplio, incluye la perspectiva teórica y clínica del analista, su análisis personal y su experiencia de vida. Desde ella se escucha la transferencia.² Esta relación transferencia! requiere que el analista genere un espacio que denomino “espacio soporte” en tanto el mismo va a permitir soportar la emergencia de lo pulsional. En especial los efectos de lo negativo en sus diferentes modalidades sintomáticas donde la interpretación se da en acto y este es un acto terapéutico.

Aquí nos encontramos con lo novedoso ¿ Qué es lo nuevo ?. Lo nuevo es entender que las culturas en sus diferentes períodos históricos cambian y estas traen modalidades sintomáticas acordes con una subjetividad que se construye en el encuentro con el otro humano en una sociedad determinada. Un pensamiento posmoderno cree ver en las manifestaciones de la actualidad de nuestra cultura cambios tan importantes que todo lo anterior debe olvidarse. La historia terminó también nos dice el estructuralismo ahistórico rechazando, al decir de Freud, la moral sexual cultural y la nerviosidad moderna.

Es evidente que ni la historia terminó ni los cambios tecnológicos -en nuestro

campo específico los desarrollos en psicofarmacología- deben ser rechazados en nombre de una ortodoxia que en realidad es una negación de problemáticas que plantean nuevos desafíos. Desafíos que se conocen como nuevas patologías. En este sentido debo decir que cuando hablamos de nuevas patologías en realidad son viejas patologías que aparecen con nuevas modalidades sintomáticas. Las mismas devienen del efecto de la pulsión de muerte como malestar en la cultura donde predomina la violencia destructiva y autodestructiva. Es difícil encontrar las clásicas conversiones histéricas. Estas se manifiestan, en la actualidad, a través de actuaciones donde, en muchas ocasiones, el paciente pone en peligro su propia vida. También encontramos viejas patologías que hoy, dado los tiempos que corren, plantean una mayor demanda de atención. La anorexia y la bulimia existieron siempre pero los actuales ideales estéticos de la sociedad se encarnan desde la infancia planteando un aumento de estas patologías que ya no son patrimonio exclusivo de las mujeres sino también de los hombres. En una sociedad que ha sido construida sobre la base del "sálvese quién pueda" y donde predomina la sensación de que "nada puede ser cambiado" no debe extrañarnos el predominio de patologías narcisistas, fronterizas, caracteropatías, adicciones, depresiones, etc.

Pero, es necesario destacar, que también han cambiado los paradigmas de comprensión de las estructuras psicopatológicas acordes con los tiempos que corren. Las campañas de prevención del SIDA hablan de "sexo seguro" y este no es solo el uso del preservativo sino también de relaciones sexuales sin contacto sexual. ¿Como considerar estos actos sin tener en cuenta el contexto cultural? ¿Alguien se plantearía modificar la sexualidad de un paciente que se define como homosexual? ¿Como considerar las cuestiones de género y familia en la construcción de la subjetividad? Para vivir en las grandes ciudades donde la inseguridad y el miedo es una constante es necesario mantener ciertas características paranoides. Podría seguir con muchos ejemplos que nos plantea la práctica clínica. Todo esto nos lleva a pensar que, en los tiempos que corren, la curación implica poder vivir con una cierta anormalidad. Los normales son los sobreadaptados, los que niegan una realidad frustrante y angustiante.

Es por ello que el psicoanálisis clásico no alcanza para responder a demandas de atención que requieren la necesidad de implementar lo que denomino nuevos dispositivos psicoanalíticos. Pero estos nuevos dispositivos en realidad es una vieja

actitud freudiana de adecuar el artificio para realizar la práctica analítica, a las posibilidades del paciente.

Podemos recordar lo que planteaba Freud en el artículo sobre “Nuevos caminos en la terapia psicoanalítica”. Pero quizás refleje mejor lo que estoy afirmando relatando una historia poco conocida de Freud. En el verano de 1910 se hallaba en Holanda de vacaciones. Al poco tiempo de su estadía recibe un mensaje que truncaría su descanso : un distinguido personaje vienes requería urgentemente su ayuda. Freud decidió interrumpir sus vacaciones y concertar una cita con Gustavo Mahler. Al telegrama original remitido desde un pueblo tirolés, le siguió otro que lo anulaba, luego otro para pedir una nueva cita seguido de una nueva cancelación. Es que Mahler sufría de una neurosis obsesiva grave y repitió esta actuación tres veces. Al final Freud le recordó a Mahler que no disponía de mucho tiempo porque partía en breve a Italia. Finalmente se encontraron en la ciudad de Leiden. Allí pasaron toda una tarde caminando por la ciudad universitaria mientras Freud realizaba un psicoanálisis de urgencia condensado en un solo día. Años después en una carta a Theodor Reick recordaba “Fue como sacar una viga de un edificio misterioso...Si doy crédito a las noticias que tengo, conseguí hacer mucho por él en aquel momento...en interesantes expediciones por la historia de su vida, descubrimos sus condiciones personales por el amor...Tuve muchas oportunidades de admirar la capacidad de comprensión psicológica de aquel hombre genial”. Reik señaló que la mayoría de los miembros de su profesión se llevarían las manos a la cabeza por lo poco ortodoxo de esa sesión analítica.

Todo lo anterior me lleva a afirmar algunas cuestiones que, quizás por obvias, han sido olvidadas : el psicoanálisis es un tratamiento y su objetivo es curar la enfermedad de un paciente. Es decir el psicoanálisis cura y, en algunas ocasiones, puede ser utilizado para prevenir enfermedades.

Las particularidades específicas de un tratamiento analítico son interpretar el deseo inconsciente, trabajar con la transferencia y las defensas. En este sentido pretender reducir el psicoanálisis a la modalidad diván-sillón es limitar sus posibilidades de trabajo con pacientes cuya sintomatología requiere otro dispositivo. Además esto remite a una superada polémica acerca de psicoterapia versus psicoanálisis. En tanto este último ha demostrado la posibilidad de trabajar desde su especificidad con diferentes dispositivos al mantener el encuadre analítico donde

se respeta aquello que posibilita un análisis : el principio de abstinencia y de neutralidad. Es decir la obligación del terapeuta de trabajar la contratransferencia.

Todo esto nos lleva a la necesidad de que en las demandas actuales es importante realizar un diagnóstico estructural, sintomal, familiar y social del paciente. El cual va a establecer los límites de nuestro trabajo -en tanto analistas- y permitir -en caso de ser necesario- otras modalidades de intervención terapéutica. Esto no implica realizar tratamientos paralelos sino ejercer una dirección de la cura que pueda generar un espacio para soportar los efectos de lo negativo. Un espacio donde la transferencia no es una resistencia sino ésta aparece como lo resistido en acto tal como establece Freud en el capítulo 3 de "Más allá del principio de placer". Es en este espacio donde la interpretación se manifiesta a través de una intervención terapéutica.³ Allí lo imaginario es el material mismo de la cura. Entiendo lo imaginario tal como lo plantea Julia Kristeva "la semiotización primaria de las pulsiones en un registro infra-linguístico, que denomino semiótico, y que se encuentra en los ritmos, entonaciones, intensidades vocales, pero también las diversas praxias preverbales movilizadoras de los registros sensoriales (táctil, olfativo, visual, etc.) ; los procesos primarios ; los objetos parciales internos o la identificación especular inacabada (por ejemplo la mirada) ; la reduplicación narcisista y la identificación primaria".

Es desde aquí donde el terapeuta debe tener la capacidad de aprovechar la fuerza de la pulsión de muerte para colocarla al servicio de la vida.

Este dispositivo permite pensar lo que denomino un topoanálisis donde el terapeuta genera un espacio para poder operar y así extirpar lo traumático.⁴

Por ello la urgencia que nos demanda algunas patologías, en los tiempos que corren, no nos debe confundir con los tiempos que corren en los que el psicoanálisis da cuenta de un tiempo que depende del deseo inconsciente. Esto, para aquellos que ejercemos la práctica del psicoanálisis, no es novedoso.

NOTAS

1 "En la actualidad, quienes ejercemos la práctica del psicoanálisis encontramos numerosos problemas que no se presentaban en el pasado. La clínica ha cambiado y los casos son ahora más difíciles. Debido a esto muchos analistas se ven obligados a realizar dispositivos con encuadres novedosos.

Establecen reglas necesarias (encuadre) en las que instauran condiciones propicias (dispositivo) para el trabajo de escuchar el inconsciente. De esta manera pueden poner en evidencia modos de funcionamiento de la psique, que difícilmente se movilizarían en un análisis clásico. Es una situación que reabre el debate -siempre presente- sobre la antinomia o complementariedad entre psicoterapia y psicoanálisis...En este sentido como afirma Pierre Fedida 'lo que en general se denomina psicoterapia en razón de una necesidad de tratamiento a la vez especializado y adaptado no es otra cosa que una cura psicoanalítica complicada ya por el hecho de que el analista debe integrar parámetros que el paradigma de la neurosis no implica. La cura analítica denominada clásica descansa, en efecto, en ese paradigma'. De esta manera denominarse psicoanalista implica modalidades de trabajo muy diferentes, tanto en prácticas como teorías que la sustentan. Por ello el psicoanálisis se ha fragmentado en varias identidades, a consecuencia de lo cual ninguna puede pretender un lugar hegemónico. Respetar estas diferencias va a permitir un debate que lleve a delimitar su especificidad, teniendo en cuenta el paradigma que plantea la complejidad de atender pacientes límite. Las características de tales pacientes me permiten evocar la noción de límites críticos, o sea, los de aquellas situaciones que provocan dilemas y conflictos. Los mismos, aunque sean impuestos a la propia persona, llevan también al terapeuta a preguntarse sobre el instrumento teórico y clínico con el cual da cuenta de la situación. Entender el límite como frontera y separación conduce a los límites de las conceptualizaciones y de la propia práctica". Carpintero, Enrique (1999) *Registros de lo negativo. El cuerpo como lugar del inconsciente, el paciente límite y el dispositivo topicoanalítico*, Buenos Aires, Topía editorial.

2 "La transferencia se manifiesta tardíamente en la obra de Freud y lo hace en el desarrollo de una teoría y una técnica ya constituida. Lo primero que tuvo que reconocer fueron sus reacciones contratransferenciales ante sus pacientes para luego elaborar el concepto de transferencia. Pero no sólo en la historia del psicoanálisis la transferencia está en segundo lugar, sino también en el tratamiento analítico. Una acepción restringida de la contratransferencia es admisible remontándose a los primeros trabajos de Freud, que indican un conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste. La transferencia aparece en el proceso analítico y se recorta sobre un espacio que permite soportar las manifestaciones pulsionales. Es a partir del mismo que debe considerarse que la transferencia en tanto concepto debe ser descubierta y pensada. Esto involucra al analista y al pensamiento analítico. El analista está directamente implicado y debe elucidar esa implicación. Esta no se detiene en las emociones sino en las razones de esas emociones. Es que el analista no sólo es requerido por la transferencia sino por todas las demandas que origina la situación analítica, entre ellas las que emanan de él mismo, de sus exigencias y de su pensamiento. Esto permite dar cuenta de una teoría extensiva de la contratransferencia -la cual se puede entender como una transferencia recíproca- que comprende todas las manifestaciones, ideas, fantasmas, reacciones e interpretaciones del analista. La contratransferencia precede a la situación analítica a través del análisis personal del terapeuta, su formación y la adhesión a diferentes perspectivas teóricas, pero la misma no adquiere su verdadera dimensión hasta que se la verifica junto con las demandas internas nacidas de la situación analítica. Es allí donde la transferencia es descubierta y pensada desde la contratransferencia". Carpintero, Enrique (1998) "La subjetividad del analista: cuerpo y contratransferencia", Buenos Aires, *Topía* revista de psicoanálisis, sociedad y cultura, N° XXII marzo-junio de 1998.

3 "Allí (en Más allá del principio de placer) se dice que la transferencia está motivada por la compulsión a la repetición, y que el yo la reprime al servicio de la pulsión de muerte, la cual no crea vínculos ni nuevas relaciones, ya que lleva a un estado de estancamiento. Es decir la transferencia que, por definición, es un vínculo, está al servicio de la pulsión de muerte, que por definición no crea vínculos sino los destruye. La transferencia pasa a ser lo resistido y no la resistencia, y el yo que se opone a la repetición, reprime la transferencia porque la repetición es para el yo lo aniquilante y lo destructivo. En síntesis si la transferencia implica una tendencia a repetir, ya que se encuentra bajo la égida de la pulsión de muerte, lo único que puede hacer el sujeto es oponerse a través de una resistencia a la transferencia, que está movilizada por el principio de placer. Sin duda esta concepción implica una nueva perspectiva en la teoría de la transferencia... En estas condiciones, un tratamiento dirigido exclusivamente a la interpretación no tiene eficacia alguna. La palabra es acción, y ésta es una acción terapéutica. No es importante sólo lo que el terapeuta dice, sino también cómo dice lo que dice. La interpretación se construye en acto, y este puede permitir que el sujeto se encuentre con su deseo para así construir su trama simbólica". Carpintero, Enrique. *Idem* llamada 1.

4 En el texto, anteriormente citado, desarrollo las características de un modelo de atención para dar cuenta de situaciones donde lo negativo está presente. Para ello hablo de "un dispositivo tópico, en tanto éste define un lugar donde se juega la situación de crisis, pensando este espacio, al decir de Freud, como una proyección del carácter extenso del aparato psíquico. Recuérdese que hablar de espacio-soporte es referirse no sólo a un cuerpo moviéndose en un espacio, sino a un espacio en un cuerpo. Este es el espacio que se fragmenta en una situación de crisis, dejando al yo atrapado por los efectos de la pulsión de muerte. La creación de un dispositivo donde aparecen espacios de lenguaje para tratar una crisis, permite pensar también en lo que denominaré un topoanálisis desde el cual se ha podido desarrollar algunos conceptos específicos para conceptualizarlo. Quisiera recordar, finalmente, un antiguo aforismo de Hipócrates: 'El tratamiento es en definitiva lo que revela la naturaleza de la enfermedad'". Carpintero, Enrique. *Idem* llamada 1.

BIBLIOGRAFÍA

Carpintero, Enrique. "El psicoanálisis después de Auschwitz", en *Topía* revista de psicoanálisis sociedad y cultura, N° XI, agosto-noviembre de 1994, Buenos Aires.

"La subjetividad del analista: cuerpo y contratransferencia", en *Topía* revista de psicoanálisis, sociedad y cultura, N° XXII marzo-junio de 1998, Buenos Aires

Registros de lo negativo. El cuerpo como lugar del inconsciente, el paciente límite y el dispositivo topicoanalítico, Buenos Aires, Topía editorial, 1999.

Castel, Robert (1997) "Una novela de la desafiliación: a propósito de Tristán e Isolda" en *Topía* revista de psicoanálisis, sociedad y cultura, N° XIX, abril-junio de 1997, Buenos Aires.

La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Buenos Aires, Paidós, 1997.

Fedida, Pierre, *Crisis y contratrasferencia*. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1995.

Freud, Sigmund, "La moral sexual 'cultural' y la nerviosidad moderna." en *Obras Completas*, tomo IX, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979.

“Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” en *Obras Completas*, tomo XVII, Buenos Aires, Amorroutu editores, 1979.

“Más allá del principio de placer” en *Obras Completas*, tomo XVIII, Buenos Aires, Amorroutu editores, 1979.

“El malestar en la cultura”, en *Obras Completas*, tomo XXI, Buenos Aires, Amorroutu editores, 1979.

Kristeva, Julia, *Las nuevas enfermedades del alma*, Madrid, Editorial Cátedra, 1993.

Neyraut, Michel, *La transferencia*, Buenos Aires, editorial Corregidor, 1976.