



Reflexiones sobre el fin de un tratamiento clínico realizado en contexto
de Pandemia.

Trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología.

Modalidad: “Articulación teórico-clínica”

Estudiante: Diana Tais C I 2507537-5

Tutor: Prof. Adj. Mg. Octavio Carrasco

Montevideo 31 de octubre 2022

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Metodología	7
Capítulo 1: Construcción del caso	7
1.1 María	9
1.2 Vínculos familiares	11
1.3 Vínculo con sus progenitores	12
1.4 El síntoma, en tanto rechaza algo del ser dado, a la vez afirma.	16
1.5 Las experiencias disruptivas dentro de un dispositivo virtual afirman una verdad	17
1.6 El sujeto se muestra ciego y sordo al llamado de su propia verdad.	20
Capítulo 2- La decisión del paciente: interrumpir el tratamiento.	24
2.1 ¿Qué sucedió en este tratamiento que impidió el comienzo de un análisis?	25
2.2 La rectificación subjetiva	26
2.3 Lo real	27
2.4 Transferencia: un enlace falso, una mésalliance.	28
Consideraciones finales	33
Referencias bibliográficas.	37

Resumen

En el presente trabajo final de grado se propone una articulación entre práctica y teoría a partir de un recorrido bibliográfico por los grandes referentes de la teoría psicoanalítica, Freud, Lacan y Nassio entre otros.

Tomando como referencia los registros escritos del tratamiento clínico, llevado a cabo por dos practicantes (una del ciclo de graduación y la otra del ciclo integral respectivamente), quien suscribe en la conducción del mismo y Eva en el registro de las sesiones, se pretende indagar y reflexionar sobre la experiencia y el fin de dicho tratamiento.

Durante el desarrollo de esta producción encontramos: en primer lugar, una introducción donde se mencionan cuestiones referentes al contexto de pandemia durante el 2021. Las mismas estarán articuladas con la praxis psicoanalítica y las preguntas guías de este TFG.

En segundo término, se desarrollan la metodología a seguir y las palabras claves en esta tesis.

Encontramos en tercer lugar, escritos a modo de ficción, dos capítulos. El primero es la construcción del caso y en el segundo, titulado "La decisión del paciente: interrumpir el tratamiento", se abordan los conceptos de rectificación subjetiva, lo real y la transferencia en su dimensión de enlace falso.

Hilvanados a ellos, están varias cuestiones que fueron interrogando a la practicante y su praxis.

Por último y -no menos importante- encontramos las consideraciones finales sobre esta práctica devenida luego en escritura de éste TFG.

Palabras clave.

Transferencia, resistencia, real.

Introducción

El presente trabajo se enmarca dentro del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología, Universidad de la República, UDELAR. En esta producción se pretende realizar una articulación entre clínica y teoría en lo que fue la experiencia preprofesional de quien suscribe, durante el año 2021 en la “Clínica Psicoanalítica de la Unión” a cargo del Profesor Adjunto Magíster, Octavio Carrasco. La misma se realiza en el marco del convenio entre la Comisión de Fomento de La Unión y la Facultad de Psicología.

El tratamiento objeto de las siguientes líneas tuvo su comienzo en julio de 2021 y finalizó el 30 de marzo de 2022. Fue llevado a cabo en su totalidad en la modalidad virtual. Esta modalidad, por otra parte, hace a la diferencia y novedad tanto en las formas de realizar la clínica en su singularidad como en la construcción del lazo social en un mundo globalizado. Dentro de este marco, la pandemia del COVID-19 vino a presentar una advertencia: una posible sustitución del mundo real por la consolidación de un mundo digital.

Así, en marzo de 2020 la pandemia ya estaba entre nosotros. En primer término, un grupo de profesores docentes de la Facultad de Psicología y posteriormente practicantes, llevados por el deseo y el alboroto pulsional que despierta aliviar el sufrimiento psíquico allí donde se lo demande, salen a la calle el 31 de marzo de 2020. La Clínica Psicoanalítica de La Unión salió en forma virtual para dar una rápida respuesta a la situación planteada.

En este contexto, las solicitudes de atención aumentaron, recibiendo demandas no sólo restringidas a los vecinos del barrio de La Unión. El dispositivo virtual hizo posible de esa forma sortear las situaciones de aislamiento y a la vez llegar a personas en lugares antes impensables, tanto por la distancia como por las circunstancias vitales de los consultantes. Pero la creatividad de los pacientes encontró lugares físicos insospechados para crear y construir un espacio virtual analítico donde acoger y ser acogidos por sus terapeutas.

Así, los estudiantes que realizamos la práctica de graduación al año siguiente de decretada la emergencia sanitaria, nos encontramos con una modalidad virtual instalada y con una clínica cuestionada por las nuevas formas de producir los encuentros clínicos y de pensar lo clínico. Captar el síntoma, aún a la distancia, era imprescindible en tanto es el cuarto aro del nudo borromeo, que entrecruza y mantiene unidos a los tres registros preexistentes: real-simbólico-imaginario. Lacan (1975) A este problema el deseo de escuchar y analizar le dio una rápida respuesta. Se trata entonces de mantener un psicoanálisis vivo: producir nuevas formas de pensar la clínica, es decir, lograr un pensamiento diferente no reducido únicamente a las citas y a la repetición. El desafío apuntó luego a mantener el encuentro en un contexto de pandemia donde justamente se disparaban nuevos modos de alineación. Pero la palabra no se detuvo, y si bien la virtualidad altera los modos de subjetivación, resultó a la vez una aliada indispensable a la hora de sostener la clínica. Consultantes, docente y practicantes encontraron nuevos modos de sostener el encuentro, y los pacientes tuvieron durante esta situación una certeza: “sé que veo a alguien una vez a la semana que me escucha”.

Si algo se ha presentado como signo y diferencia con otras pandemias, ha sido la cotidianeidad de la muerte. Mientras una pretendida desmentida proveniente del discurso del amo incentivaba a quedarse en casa (“quédate en casa y se feliz”, “hacé como si no pasara nada”), vivenciamos mientras tanto, en el día a día, cómo la muerte alcanzaba a un otro cada vez más cercano. Fue así que cada uno de nosotros sufrimos la pérdida de algún amigo, compañero, padre o madre. Ya la desmentida no es posible, la muerte se ha quedado a vivir entre nosotros. Ironía si las hay, pensar en que “de esta pandemia salimos todos juntos”.

Quien escribe estas líneas quiere aprovechar a transmitir lo que esta práctica de graduación ha significado, devenida luego en la escritura de este TFG. No habría sido posible transitar esta trayectoria sin contar con el invaluable apoyo de muchos otros a quienes agradezco, entre los cuales deseo destacar: mi hija Kiara cuyo constante apoyo me hizo redoblar esfuerzos aún en los momentos más duros; Ana, amiga a quien conocí en los

pasillos de esta Facultad; Richard, mi analista y pilar fundamental en este recorrido; Eva, compañera entrañable de dupla; compañeras de la práctica; y por cierto, nuestro profesor y tutor (Octavio Carrasco), quien nos ha contagiado su pasión por la lectura, la clínica y el psicoanálisis. Desde 2019 estuve esperando y buscando esta oportunidad, la cual llegó en 2021. Decidí en ese momento postergar un poco más la escritura de mi tesis, con el fin de lograr aprehender y nutrirme lo más posible de esta experiencia. A riesgo de que la escritura aparezca poco académica, quiero decir que esta práctica “me dio vuelta la cabeza “. Y si se me permite citar las palabras alguna vez surgidas durante mi análisis personal (¿acaso lo hay diferente?), “Diana, le has sacado el jugo a esta práctica”. A tal punto se puso en juego el alboroto pulsional en esta experiencia, que por el mes de septiembre el deseo me llevó por otro rumbo. Fue así que el tema de mi tesis, que antes era “Las huellas del terrorismo de estado en la construcción de subjetividad”, cambió a lo que hoy pretendo presentar intitolado como *Reflexiones sobre el fin de un tratamiento clínico realizado en contexto de Pandemia*.

Nuestra praxis estuvo basada en sólidos fundamentos y en una red conceptual propios de la teoría psicoanalítica, impartidos durante las distintas instancias de supervisión. Dichas bases actuaron como columna vertebral en la producción que aquí se pretende proponer.

A modo de ficción, este tratamiento se presenta diferenciado en distintos capítulos, donde se busca realizar un análisis del caso, teniendo como guía los grandes referentes de la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud y Jacque Lacan, entre otros.

Las preguntas que se proponen como directriz de la presente tesis son:

- A. ¿Qué sucedió en este tratamiento que imposibilitó el comienzo de análisis?
- B. ¿Se puede considerar a este tratamiento como cumplido aún después de la decisión de la paciente?
- C. ¿Un consultante, luego de transitar por esta experiencia, volverá a ser el mismo? Y ¿será la misma la practicante luego de haber transitado la experiencia?

Como practicantes, habilitamos la fuerza libidinal de la pregunta (herramienta fundamental de la praxis) para que ella misma guíe al sujeto en la construcción de una interrogante acerca de su deseo, su forma de amar, gozar y odiar, e intentar la construcción de una respuesta, aunque ésta se refiera a un amor imposible.

Metodología

La metodología propuesta en los siguientes desarrollos es la construcción del caso clínico desde la teoría psicoanalítica. Esta metodología tiene por fundador al padre del psicoanálisis y, por lo tanto, no es de extrañar su vinculación inicial con la tradición médica, de la que luego se ha de ir desprendiendo para tomar otra ruta muy diferente a la que en su comienzo tuvo en su adhesión al informe médico. Si bien es cierto que la experiencia empírica de un caso se basa en un hecho real, la escritura de un caso clínico en psicoanálisis se desagrega de una frenética búsqueda de casilleros y categorías, donde el saber médico busca etiquetas para enfermedades y olvida al sujeto y su sufrimiento.

En dicho sufrimiento el síntoma representa un desafío al saber objetivable, en tanto muestra la efectividad del lenguaje cuando toca el cuerpo erótico de un sujeto. Por esta razón, y parafraseando a Carrasco (2017), el síntoma viene a mostrar una rebelión a los cautiverios impuestos por el discurso del amo, en tanto rechaza, denuncia e interroga las categorías del deber ser contra las cuales el sujeto se revuelve, un amo al cual el discurso analítico viene a subvertir.

Podemos avizorar entonces que *el caso clínico*, en tanto recorte de testimonios subjetivos que en este texto se dan a leer, estará distanciado del informe médico e inclinado hacia la novela. Allí, la dimensión de construcción la aporta un texto escrito por varios protagonistas, del cual el propio analista (en esta situación singular, una practicante) no puede encontrarse excluida. La practicante entonces, en tanto sujeto barrado y sujeto del deseo, está atravesada también por la angustia y, por lo tanto, tiene una historia por contar.

Capítulo 1: Construcción del caso

Adentrándonos ya en la construcción del caso objeto de la presente tesis, corresponde aclarar que, en virtud de lo extenso del material registrado, solo serán tomados fragmentos relevantes para la articulación teórica clínica de esta producción. Asimismo, los nombres de la paciente y sus familiares serán cambiados con el fin de resguardar su privacidad, nombrando a la consultante como María, quien estuvo atendida por la dupla de practicantes (una del Ciclo de Graduación y otra del Ciclo de Formación Integral) conformada por quien escribe el caso y condujo el tratamiento, y Eva, quien llevó el registro escrito de cada sesión. Resulta pertinente hacer referencia al documento de consentimiento firmado al inicio por cada futuro paciente. Durante la primera entrevista del tratamiento, la consultante fue informada acerca de los fines académicos (didácticos) para los cuales el conocimiento extraído de la experiencia puede ser utilizado, a saber: ateneos, supervisiones, TFG, etc. Como contrapartida a la firma de tal documento, la Facultad de Psicología se compromete a mantener el absoluto resguardo de los datos personales.

María, como la mayoría de los consultantes en la Clínica de La Unión, formó parte de una lista de personas en espera de atención. Allí las solicitudes llegan de diferentes formas. En esta situación particular, llegó en forma telefónica y sin derivación institucional.

Durante el mes de julio este tratamiento me sería asignado en la mañana de un miércoles de julio durante la supervisión grupal semanal. Dicha supervisión, a la cual asistimos los practicantes, fue realizada por un docente responsable. Se contó además con el apoyo de una supervisión individual frente a situaciones puntuales, porque como era de esperar, se hicieron presentes ansiedades, dudas y frustraciones. Como se sabe, la única forma de no dejarse influir por los nervios durante una entrevista, es ser consciente de su presencia. Por esta razón resulta impensable sostener una praxis sin un marco teórico que la fundamente, sin una supervisión que la guíe y sin un análisis personal que evite que el practicante se deje influir por sus propios prejuicios.

Esa misma tarde del miércoles me comuniqué con la futura consultante. Luego de

identificarme como practicante de graduación, María comenzó su relato comentando durante este primer contacto telefónico cómo había llegado hasta la clínica.

María me dijo: “Hace aproximadamente un mes atrás llamé para solicitar atención. En ese momento ya estaba buscando otras alternativas, cuando recibí la llamada de su profesor.”

Algo provocaba en María un sufrimiento insistente que la había obligado a solicitar ayuda: los problemas de relacionamiento con su hija mayor, que desencadenaron su angustia. Durante este primer contacto su voz denotaba premura, lo cual disparó en ese mismo momento, una pregunta...

María: “¿Quiere que le cuente? Así vamos adelantando un poco de qué se trata...”

Ofreció seguidamente traer para la próxima entrevista los mensajes de texto enviados por su hija, con el fin de analizar su comportamiento. Mencionó luego que desde hacía un mes no había habido un solo día durante el cual no hubiera llorado, llegando a pensar -en esos últimos tiempos- en no vivir más. Acordamos entonces tener una primera sesión para el viernes de esa misma semana, para la cual expliqué cómo era la modalidad virtual del tratamiento y la frecuencia semanal de los encuentros. Durante ese primer encuentro la consultante solicitó analizar el comportamiento de su hija, ya que sus dichos y modo de proceder le producían una gran angustia.

En esta primera instancia encontramos entonces un sujeto que cuando llega al espacio analítico, en realidad no lo hace de motu proprio, sino obligado por un sufrimiento que lo ha desbordado. Además, realiza su consulta creyendo que ese a quien demanda una cura, tiene el poder de proporcionar esa cura. En este caso, la demanda no es realizada a cualquier persona, sino a una practicante -futura psicóloga- quien a la vez no hace creer que puede, pero “deja creer” que puede. Aclaremos que los pacientes, cuando llegan por primera vez en su vida a una consulta, en general no saben que lo que en realidad se hace es demandar un saber, es decir, que el inicio del análisis consiste en construir una pregunta a responder, pero sin tener una respuesta y a construir en conjunto con el analista.

1.1 María

En este apartado haremos una breve descripción de la consultante, de quien importa decir que es una mujer de 58 años. Vive sola en una casa que siente como su lugar. No tiene hermanos y ha estado divorciada por más de doce años. Laboralmente se desempeñó como acompañante de enfermos y se jubiló 7 años atrás. Padece una enfermedad oncológica, aparentemente estabilizada, con la cual hasta ese momento negoció y logró mantener sus dolores “a raya”, (...) “son otros los dolores que me afectan”. Por otra parte, su núcleo familiar cercano está constituido por dos hijas grandes: Andrea, madre de su nieta mayor (6 años) y Carolina, madre de su nieto menor (4 años).

María, a la hora acordada, respondió a nuestro llamado acudiendo a su primera sesión virtual, acompañada de lápiz y un cuaderno donde tomó notas durante las sesiones. Su semblante denotaba gran preocupación y presentaba una apariencia algo envejecida. Nada haría pensar en una persona que no llegaba a los 60 años. En sus primeras observaciones relató que desde la primera comunicación no había llorado tanto. En este primer encuentro reiteró el motivo de consulta.

María: “... problemas de relacionamiento con mi hija mayor que me generan mucha angustia, mi hija tiene una forma de actuar difícil...me afecta el estado de ánimo. Creo que, si me muero mañana, yo sentiría una liberación”. (sesión 1).

En esta primera entrevista nuestra consultante incipientemente desplegó puntos importantes de su historia familiar, puntos a ser tomados como orientación en la cura. Este concepto está distanciado del saber médico en cuanto no viene a proponer una única verdad, sino la pretensión de dar al sujeto herramientas que le permitan vérselas con el enigma de su propio deseo.

María describió a su hija mayor como una persona de carácter difícil y rezongona, quien con sus dichos provoca dolor, prefiriendo la consultante dar por buenas esas opiniones, a contradecirlas. María: “Ahí ella me rezongó porque siempre rezonga por todo. Es muy difícil, es horrible, pero primero termino dando por buenas las cosas que dice ella

para no enojarla, pero siento que estoy en un juzgado teniendo que explicar algo, y soy juzgada y acusada”. A su vez, María mencionó también el silencio utilizado por su hija como forma de castigo, sumado a la amenaza de no permitirle ver a su nieta.

María: “Porque entiendo que hace cosas que lastiman, es como que si dijera ‘Hiciste algo mal y por eso yo no te dejo tal cosa”.

1.2 Vínculos familiares

En este punto es menester recordar la importancia otorgada por el psicoanálisis a las condiciones humanas y sociales, a los datos somáticos y los síntomas patológicos del paciente, pero por sobre todas las cosas, con el interés dirigido a las relaciones familiares de los pacientes. De esta forma, durante los siguientes encuentros habilitamos un espacio donde alojar la palabra, con el fin de que la paciente pudiera desplegar distintas dimensiones de su novela familiar: la relación matrimonial, los vínculos parentales, la relación con sus hijas y sus síntomas patológicos, tal vez permitiendo así abrir paso a la construcción de una pregunta sobre su lugar e interés en esta situación.

María contrajo matrimonio a los 20 años de edad, decisión que en este momento hubiera preferido no tomar. Tuvieron varios años de casados “en los que hubo de todo”. Luego las cosas fueron cambiando, surgiendo roces entre la pareja parental a partir del primer noviazgo de su hija mayor durante la adolescencia. El momento de la separación matrimonial llegó casi al mismo tiempo en el cual Andrea abandonó la casa familiar. Su ex esposo abandonó también a María para comenzar una familia con otra mujer, mientras su hija menor, Carolina, quedó en la casa materna. Con Carolina la relación madre-hija aparentemente era más fácil.

Asimismo, María hipotetizó sobre la felicidad que para ella traería en el presente lograr aceptar el crecimiento de sus nietos. Pero en ese momento eso le estaba costando mucho, pues le causaba malestar el desprendimiento de sus hijas, hecho que para ella representaba ser dejada a un lado.

María: “No lo sé, yo pienso que tengo que ir aceptando, en la medida que pueda, que

los hijos crecen y se van. Pero aceptar eso me está costando..." (sesión 1)

"Cuando empezó la pandemia mis hijas trabajaban desde sus casas y no necesitaban tanto de mi ayuda, pues ellas estaban haciendo sus rutinas. Ahí empecé a desmejorar anímicamente, me sentía mal de ánimo."

Antes de pasar al siguiente punto, es necesario destacar la importancia radical del momento cuando una persona toma la decisión de consultar, ya que allí se muestra una falla narcisista: se renuncia al amor propio y a la creencia de que puede lograrse una solución por los propios medios. En este momento también se pone sobre la mesa la responsabilidad del practicante, ya que debe lograr palpar lo delicado que este pedido de ayuda representa para el sujeto. La practicante debió explicar a la consultante la solución que el psicoanálisis propone en la enunciación de su regla fundamental: el paciente debe hablar. Freud (1912) en sus consejos al médico respecto a este momento, resalta la actitud de coraje que necesita tener el paciente para solicitar ayuda, y aún más, para continuar con el tratamiento. Y así se lo expresé a nuestra paciente. María relató que hasta ese momento nunca se había involucrado en primera persona, con la excepción de sus asuntos laborales.

María: "El otro día le dije a mi hija que empezaba un tratamiento (o no sé cómo decirle) porque nunca fui a un psicólogo. Nunca me involucré en primera persona. En el trabajo sí, pero sola, nunca. Hasta el día anterior a que usted me llamara, estuve llorando todos los días. Ahora, lloro un poco menos..."

1.3 Vínculo con sus progenitores

En las próximas sesiones indagamos cómo habían sido sus vínculos parentales en el pasado, momento donde salió al paso una gran resistencia, argumentando la consultante su preferencia por centrarse en el presente de la relación con su hija.

María: "Yo te diría que no me gusta hablar de eso, me interesa más el vínculo con ellas."

Para vencer esta resistencia, fue necesario explicitar a la paciente la importancia de cómo, la forma de vinculación al otro en el pasado, puede reeditarse en el presente. Una vez aclarado el porqué de recordar el pasado en palabras, la paciente logró historizar algunos

puntos dolorosos de su historia, describiendo la figura de un padre que, aunque fallecido, sigue apareciendo en su discurso como alguien central en su vida. A pesar de su reticencia para hablar sobre él, y no ocultando su fastidio al respecto, lo describió como una persona “no muy buena”.

María: “Mi padre no pinta (sic) nada, era alcohólico. Rompía todos los vínculos que tenía. Era una persona fastidiosa, como todos los borrachos (sic), estaba siempre fastidiando a la gente”. Recordó que la relación entre sus progenitores era horrible. Asimismo, según los propios dichos de la consultante, ésta prefirió que su padre se desdibujara antes que albergar sentimientos malos hacia él.

Podemos pensar en esta instancia a la consultante como una persona que prefiere mantenerse centrada en el presente de su conflictiva y se resiste a recordar su pasado. En este acto está renunciando al saber que la implica como sujeto castrado, corriendo el riesgo de quedar presa en la ignorancia de su propia castración.

Otro dato a destacar fue su dificultad a la hora de tomar decisiones. Dicha dificultad se presentó hasta las instancias casi finales de su terapia, cuando por fin pensó cómo, y decidió cortar con su tratamiento.

Durante los primeros encuentros el diálogo entre consultante y practicante, como se mencionó anteriormente, se desarrolló con un fuerte carácter resistencial. Es así que al final de la tercera sesión (luego de que María señalara los cambios hasta ese momento, especialmente aquellos relacionados con su hija) expresó haber tenido dificultad hasta para hablar con las practicantes. Fue allí que puso en un modo transferencial, su síntoma.

María: “Me cuesta hablar hasta con ustedes y además pienso en cómo decir algo que sirva”.

Podemos observar en esta experiencia a una persona cuya dificultad está en contar su propia novela y justamente acude a un espacio analítico donde la regla es hablar, porque como dice Lacan (1953) haciendo referencia a Freud: “La historia no es el pasado. La historia es el pasado, historizado en el presente, historizado en el presente porque ha sido vivido en el pasado.” Y también dice que “...el sujeto reviva, rememore, en el sentido intuitivo

de la palabra, los acontecimientos formadores de su existencia, no es en sí tan importante. Lo que cuenta es lo que construye de ellos.” (pp.28)

Mencionamos anteriormente a la transferencia en su estatuto de resistencia, que se manifestó en el tratamiento de María a través de la dificultad para asociar libremente. Al respecto, Freud (1911) nos dice que “... es menester que el analista explique al analizante que se encuentra bajo el imperio de una ocurrencia, la cual ha surgido por una asociación con algún aspecto perteneciente al terapeuta. Luego de realizada esta aclaración, el terapeuta elimina la dificultad antes mencionada y las ocurrencias ya no se resisten.” (pp.99).

Así, durante los siguientes encuentros las preguntas estuvieron orientadas a indagar sobre qué cosas resultarían placenteras a María. Ella respondió no haberse formulado nunca tal pregunta, pero que pensaba que su placer estaba enlazado a su familia. Agregó luego el derecho a reservar para sí misma no decir y callar aquello que, en el vínculo con sus hijas, le causara dolor.

Practicante: “Y para decir lo que a ti te duele, ¿quién te da el derecho a decirlo?
María: “Me lo quedo...(silencio)”

Esta situación despierta en María un sentimiento de cansancio que se manifiesta repetidamente. María: “Estoy cansada, siempre sucede lo mismo”.

Ahora bien, esta situación de la cual se queja la paciente, la podemos asociar al concepto de repetición, referido no a una mera reproducción de un acontecimiento ya pasado, sino a una situación que se reedita en el presente y está en la dimensión de un más allá de las representaciones. Algo de lo no simbolizado se presenta como insistencia de una situación mucho más originaria. Así la forma del vínculo entre la consultante y un otro aparece cercano a una pelea, agresividad que por momentos también fue transferida a su espacio analítico. Se observa claramente una repetición de la cual María no puede salir. Freud (1912) da a esta repetición producida dentro de la transferencia el estatuto de fenómeno fundamental. Cada sujeto trae impresa cierta especificidad en la forma de amar y odiar, la cual ha sido adquirida en etapas muy tempranas de la infancia y ha dado por

resultado un clisé. Así, la persona no lo recuerda conscientemente y lo repite compulsivamente, en los vínculos cotidianos, pero no de forma inmutable. Dicho clisé se hace presente también dentro del contexto analítico, con la diferencia de que en este último el paciente intentará recordar en acto dentro del vínculo transferencial con el analista, sin saber que lo hace.

Freud, (1914) se pregunta: “¿Qué repite y actúa en verdad? Esta pregunta también se traslada a nuestro caso, y he aquí la respuesta: repite todo cuanto desde las fuentes de su reprimido ya se ha abierto paso hasta su ser manifiesto. Es decir, sus inhibiciones y actitudes inviables, así como sus rasgos patológicos de carácter.”

Por ejemplo: el analizado no dice acordarse de haber sido desafiante e incrédulo frente a la autoridad de los padres. En cambio, se comporta de esa manera frente al médico.” (pp.152).

A esta altura del tratamiento, me di cuenta de que el encuentro analítico estaba representando un verdadero desafío para mí, dada mi escasa experiencia en tanto practicante. Por ello solicité una supervisión en forma individual y fue allí que, en referencia al vínculo entre madre e hija, dije: “Parece como si su hija le estuviera pegando”, observación que me fuera devuelta por mi supervisor en una interpretación del orden transferencial: “Te referiste transferencialmente a una pelea entre ellas”.

En consonancia con lo antes dicho, encontramos que la historia desplegada dentro de un análisis está marcada por la discontinuidad, por el acontecer de un tiempo para y del sujeto. Se trata de una temporalidad que en sí misma se torna impredecible, siendo en esta dimensión donde la irrupción de una verdad en tanto revelación del inconsciente se presentifica en el orden del acontecimiento y no del ser. A partir de aquí podemos pensar que la transferencia se presentó por un lapsus de quien escribe al hablar de su paciente durante una supervisión.

Desde ese momento las interrogaciones giraron sobre “la pelea”, entendida como forma de vínculo al otro en tanto falta que éste le hace al sujeto. Preguntas de la practicante a la consultante: “¿Y tú por qué te peleas? ¿Por qué te enojas?”

María, hasta ese momento ubicada en una situación de queja, no puede más que dirigirla hacia un otro a quien reprocha y responsabiliza por su dolor. María: “No se da cuenta de que me hace sufrir” y “No puede ser así”. La consultante está claramente situada en la dimensión del autorreproche. Un sujeto, cuando cuenta su verdad, lo hace en el orden de una insinceridad, no de forma intencional, sino porque no puede hacer otra cosa. Freud (1905), dice que “el paciente se defiende de esta serie de auto reproches dirigiéndolos a otro, existiendo allí algo innegablemente automático que tiene por modelo el reargüir de los niños cuando se los culpa de algo. El adulto, en el afán de devolver un insulto, buscará alguna debilidad real del oponente, sin hacer recaer las tintas en la repetición del mismo contenido.” (pp.32).

María hasta ese momento ocupaba un lugar pasivo dentro de la mencionada pelea. “Aplastada”, “juzgada”, “oprimida”, fueron significantes frecuentes en los dichos de la paciente, con los cuales se refirió a su sentimiento frente a las palabras y presencia de Andrea. Una reflexión sobre estos significantes nos hizo pensar en que, si cuando un sujeto habla del otro, también habla de sí en la íntima exterioridad de sus actos, ¿no sería la propia paciente muy mandona?

1.4 El síntoma, en tanto rechaza algo del ser dado, a la vez afirma.

Así, en los próximos encuentros, y haciendo una inversión dialéctica que produjera un giro que le permitiera al sujeto involucrarse en la agresividad de la cual se queja, pregunté: “¿Y tú, por qué te enojas?” Y luego: “¿Por qué te peleas?”

En ese momento se produjo un cambio en el tono de voz de la paciente, se tornó grave, y casi gritando dijo: “Yo no estoy enojada, es ella la enojada, yo solo estoy dolida”. (sesión 9).

La interrogación había convocado algo de lo reprimido, apareciendo la transferencia en su dimensión de resistencia, y es así que el “no” (producto de la represión) se transformaría en un “sí” durante el transcurso del tratamiento. Al respecto, Freud (1912) menciona que el “no” en los dichos de un paciente no hace sino ratificar la represión, y

debemos entender ese “no” como el tan ansiado “sí”. Por su parte, Lacan (1953) afirma que la palabra constituye la verdad, incluso si está destinada a engañar.

Es así que el síntoma por un lado rechaza algo del ser dado, y por otro también afirma. Ir más allá de lo que el propio sujeto dice o quiere decir es (en este caso, María) el sentido mismo del psicoanálisis porque trata de enfermedades que dicen. Lacan (1959), se refiere a una palabra plena como reveladora de la verdad inconsciente del sujeto. En la paciente la palabra plena está referida al afecto de angustia.

En el encuentro analítico el inconsciente del paciente e inconsciente del terapeuta no existen de forma separada, sino que se crea un solo inconsciente, el del análisis. Este inconsciente tiene las características de un acontecimiento e irrumpe bajo la forma de sueños, actos fallidos, gestos, etc., todos ellos producidos en la transferencia particular y peculiar de ese análisis.

Nassio, en su conferencia publicada en YouTube “Los conceptos de Nassio” (2019), menciona a los analistas como seres de sorpresa. Y lo explica diciendo que, durante el encuentro, el analista escucha las palabras del analizante, las olvida y sabe esperar a que estas retornen al análisis como acto fallido, lapsus o un gesto intempestivo significativo.

Así, en el transcurso de la sesión, un analizante escucha una intervención o una pregunta. En este caso, la interrogante tuvo por respuesta la presentificación del inconsciente en la irrupción de un enojo, el cual producirá múltiples efectos posteriores. Y a partir de ese momento dichos efectos no se harían esperar.

1.5 Las experiencias disruptivas dentro de un dispositivo virtual afirman una verdad

Durante la próxima consulta nuestra sesión se vio interrumpida por una llamada, por lo cual María pidió disculpas e igualmente la atendió. Mientras, las practicantes permanecemos en línea esperando, comentamos “ahí viene una verdad “. Así las llamadas intempestivas, los sonidos, los gestos, las frases como “no oigo”, “se cortó”, fueron frecuentes en la clínica. Presentándose como experiencias disruptivas, vinieron a presentar

una verdad, una posibilidad justamente ofrecida por la virtualidad, la cual, actuando como ventana abierta a la vida de un sujeto, permitieron (desde la clínica) observar e integrar la cotidianidad de los consultantes. Si bien la atención virtual no resulta en modo alguno novedosa, sí lo hace el carácter de ciudadanía que a esta altura ha adquirido. Teniendo en cuenta que nada en análisis sucede por casualidad, este acontecimiento (la llamada) ¿representaría una verdad a descifrar?

En esta situación indagué sobre el mencionado estudio. Aparentemente algo en los resultados del análisis de laboratorio no estaba correcto. El médico explicó a nuestra paciente la posibilidad de un retorno de su enfermedad oncológica, puesto que aún estaba dentro del período en que esto podría ocurrir.

Nuevamente la sesión sería interrumpida. Esta vez el médico mismo explicó a María la situación. Las practicantes durante unos minutos esperamos en línea, pero esta vez sin decir nada. A partir de esta situación, pensamos en cómo el lenguaje muestra su efectividad cuando toca el cuerpo erótico del sujeto y forma allí un síntoma.

Acto seguido las preguntas giraron en torno a las llamadas. Como era de esperar, surgió en María una fuerte resistencia. Argumentó que no me hablaría de eso, pero en realidad habló muchísimo más que en las sesiones anteriores, pues se refirió detalladamente a su padecimiento.

María: “No voy a decirte absolutamente nada, ya te lo voy advirtiendo; es solo repetir un análisis, porque un valor me dió alto, pero me dijeron que no pueden hablar de un valor sin verificarlo”.

Practicante: “En el caso de que necesites hablar, puedes enviarme un mensaje.”

No quedar inmóvil por compasión frente a esta situación y seguir adelante con la sesión, fue la brújula que me orientó en ese momento, y ya durante la próxima supervisión la pregunta estuvo dirigida a la resistencia del analista practicante. Profesor: “Pregúntate si quieres seguir con este tratamiento.” La resistencia que aquí se nombra es la del propio analista, donde una interrogación e indagación en la órbita de los propios prejuicios representa el único modo de no obstruir la escucha. De lo contrario, se corre el riesgo de

anular la posibilidad de un análisis, en tanto la escucha no es condición suficiente si no hay quien la desee y la demande. Freud (1912) menciona las represiones no solucionadas como puntos ciegos en la percepción analítica. Por su parte, Lacan (1971) en la clase 12 del seminario 18, hace referencia a la existencia de fenómenos psíquicos que se desarrollan para ser escuchados por ese Otro que está allí, a pesar de que uno no lo sabe.

Tanto en este momento del tratamiento como en las próximas sesiones, las palabras de Freud (1914) resultaron iluminadoras para entender los acontecimientos que se avecinaban. Este autor menciona que una vez que lo reprimido ha sido convocado en una repetición dentro del tratamiento, tanto analista como paciente pueden esperar un empeoramiento de los síntomas, ya que ha sido convocado un fragmento de la vida real del paciente esforzado por la represión al inconsciente. La pregunta por la agresividad de María invocó lo inconsciente reprimido y tuvo sus consecuencias. Freud (1914) nos dice que desde ese momento el paciente ya no puede únicamente lamentarse de la enfermedad y despreciarla sin sentido. En María esto sucedió, pero a medias. La responsabilidad asumida por Freud al proponer que hay enfermedades que hablan y hacernos entender lo que dicen, no es nada menor.

Hasta esta instancia la transferencia había situado a la analista practicante en el lugar de hija menor, a quien María no le contaría nada. Lugar por demás difícil, en tanto la transferencia sale al paso como el arma más potente de la resistencia, virando en ese momento y pasando a ocupar – la practicante- el lugar del amigo molesto, porque pregunta. Si bien hubo un cambio en el vínculo consultante-practicante, no se vislumbraba aún una modificación en la posición subjetiva del paciente. Tampoco llegó la solución mágica a sus problemas, expresada en la idea de morir. De esta forma continuó paseándose campante el tabú de la muerte, y María, inmersa en el centro de una conflictiva edípica, debería enfrentarse con el enigma de su castración.

El ápice en este tratamiento puede suponerse en las siguientes preguntas: ¿Por quién viene María a terapia? ¿Viene por ella o para tratar de cambiar a su hija? ¿A quién está colocando en el lugar de Andrea? ¿Qué pelea está relevando el conflicto con su hija

mayor? ¿A quién le habla y con quién se enoja en la figura de la practicante?

Desde la teoría psicoanalítica, dirigir un cura implica tener en cuenta la función del discurso, en tanto en él se pone en alerta el punto de enunciación desde donde un sujeto toma la palabra y se enuncia. Las interrogantes “¿Cómo se enuncia?”, “¿A quién lo dice?” y “¿Cuándo?” hacen a la experiencia analítica.

Volvamos al vínculo entre madre e hija. Cuando las peleas con su hija disminuían en su nivel de agresividad, María se refería a ese logro casi en un susurro, diciendo: “Estamos mejor, te lo digo bajito por las dudas” y durante los próximos encuentros volvió a expresar su disconformidad hasta consigo misma. María: “Estoy fastidiada, no me aguanto ni yo, no sé lo que quiero, siento que estoy en el mismo lugar que al principio.”

Durante el transcurso del tratamiento, como dijimos anteriormente, se desprendía de los dichos de María una gran dificultad a la hora de decidir.

Antes de pasar al siguiente párrafo, resulta necesario recordar que el psicoanálisis no construye diagnósticos que apunten a un ser como obsesivo o perverso. Lejos de ello, se trata de establecer cuál es el modo de discurso y reconocer las formas de enlace dominante para, a partir de ellas, tejer otros lazos. En María se hizo presente una ambivalencia en el discurso entre un “quiero y no quiero” que la dejó muchas veces paralizada, dificultando su implicación en primera persona. Pero, ¿cómo se hace presente el rasgo obsesivo en el discurso de la consultante? La respuesta podemos encontrarla en un discurso cuya enunciación pudo a veces parecer chocante: en el ocultamiento del sujeto tras la racionalización (por decirlo de alguna forma) sacando punta a los problemas pensando, y en la procrastinación del acto que más lo perturba en su realización, llegando a veces a la construcción de su propia realidad psíquica. Tengamos en cuenta que, como lo expresa Freud, en estos sujetos la actividad del pensamiento aparece sobreinvertida y erotizada. Por otra parte, en la medida que opera una negación, el sujeto se muestra ciego y sordo al llamado de su propia verdad, características estas que orientarán la dirección de la cura.

En esta instancia, hilvanando los hilos de esta construcción, titularemos el siguiente apartado como:

1.6 El sujeto se muestra ciego y sordo al llamado de su propia verdad.

Prosigamos con el caso. En la sesión número quince, algo relacionado con su salud cobraría protagonismo: su visión comenzó a disminuir abruptamente. Su doctora recomendó de inmediato la realización de una operación de cataratas. La decisión a tomar dependía únicamente de la paciente, debiendo María en esta instancia involucrarse en primera persona. Esta decisión fue postergada y procrastinada hasta el final de su tratamiento, donde expresó “decido no decidir”. Pero no nos adelantemos: en las próximas sesiones de su tratamiento, María iría dando un giro, tanto en su actitud como en sus dichos. Surgieron pausas y silencios, pero a partir de ese momento, en una forma diferente. La paciente, durante esos silencios, pensaba cómo lograr poner en palabras sus pensamientos. En cierta ocasión dijo, en voz bajita (como lo hacía cada vez que mencionaba algo importante), que para salir de sus problemas sabía que el primer paso a dar era hablar... pero sucedía que algo dentro de su cabeza no le permitía hacerlo.

María: “Seguramente hay más cosas, pero no las tengo presentes, no me acuerdo.” (Silencio prolongado). “Todo o nada, no sé...(sonrisa)...seguramente la preocupación es mía y ellas (refiriéndose a sus hijas) seguramente me dirán ‘Si tenés que hacerlo, hazlo.’ No es que no me lo permitan, es que yo...”

Practicante: “¿Es que tú...?”

María: “Es algo dentro de mi cabeza.”

En los próximos encuentros se produjo un giro, donde pasó de negar el enojo, a pensar cómo éste podría manifestarse en su cuerpo.

María: “Uno piensa en ‘*Estoy disgustada y me pasa tal cosa o me enfermo*’, puede ser, no lo había mirado desde ese punto de vista. No lo había pensado de esa manera, pero...” (silencio).

Luego, con las palabras ‘fastidiosa’ e ‘insoportable’ describió su mal humor, pero esta vez consigo misma, percibiendo a esta altura como favorable lograr expresarlo. Pero fue en el siguiente encuentro que relacionó los cambios en su forma de pensar con su terapia. Fue

un momento por demás precioso, pues allí algo de lo hasta ese entonces “impensable” para la consultante comenzaba a ser pensado y simbolizado.

María: “Llegó el momento de decirle a la doctora, con los papelitos en la mano, pasa esto y aquello”. A partir de este momento ¿podríamos nominar a María como “analizante”?

Practicante: “¿Y en todo esto, qué lugar le das a tu terapia?”

Analizante: “Y yo creo que es importante, porque en otro momento me hubiese puesto más loca con todo esto. Ahora estoy volviendo a poder ordenar un poco las situaciones...algo así, no sé si me explico bien.”

Practicante: “¿Ese es el lugar que le das a tu terapia?”

Analizante: “No creo que yo en otro momento hubiera reaccionado así, capaz que en otro momento las cosas me hubieran puesto más alterada, ahora estoy tratando de darle un orden a las cosas para encontrar la forma de enfocarlas, antes me hubiera sido impensable...antes no veía los cambios, y tú me decías que sí había y me los ibas mostrando, entonces yo los podía ir viendo.”

Recordemos, como más arriba lo expresamos, que María no sabía cómo llamar a su tratamiento, pasando ahora a otorgar un lugar de importancia a su terapia.

En esta instancia algo de la pregunta sobre ¿cuál es su interés en este conflicto? parecía comenzar a ser pensada

Analizante: “No sé si tengo una situación así...” (silencio prolongado)

Practicante: “¿En qué piensas?”

Analizante: “En eso que me preguntas. Tener conflictos no es una cosa que me quede cómoda, prefiero no tener conflictos o si puedo no ser parte, o no sé cómo decírtelo. No sé, pero me gusta tener las cosas sencillas, sin eso.”

Practicante: “¿Y qué es eso?”

Analizante: “No sé cómo decírtelo. No sé explicártelo, pero no... es eso de que me gusta la sencillez en las cosas, no me gusta lo que sea rebuscado, conflictivo.

Practicante: ¿Y eso a ti te hace daño?

Analizante: “Supongo que sí Diana, porque yo no pretendo cambiar la forma de ser de ella,

me está faltando llegar a un término medio de las cosas.”

A esta altura del tratamiento corría el mes de diciembre, y a partir de la segunda quincena comenzaría el receso en la práctica. La opción para practicantes y pacientes era reanudar los tratamientos en febrero del siguiente año en forma presencial. Así lo expuse a nuestra paciente, comprometiéndose María con dar una respuesta en la próxima sesión. Para la consultante, continuar o no con su terapia fue una cuestión recurrente a lo largo del tratamiento, y en reiteradas ocasiones manifestó cuánto le costaba asistir a cada sesión, porque allí debía pensar... “porque tú me haces pensar”. Expresiones como “pensé en llamarte y decirte que no iba más” surgían entre sesión y sesión. También comentó que al final de cada entrevista marcaba con una cruz en el calendario cada asistencia, y esto lo percibía como un logro, ya que nunca hubiera pensado llegar hasta esa altura.

Pasando ya a las últimas instancias de las entrevistas, es de particular importancia resaltar lo acontecido entre sus dos últimas sesiones. La agresividad de María había ya comenzado a trasladarse hacia la hija menor (Carolina) a quien luego de una discusión le pidió perdón. Y dicha agresividad también la dirigió hacia sí misma, pues dejó de tomar sus medicamentos. Manifestó en esa ocasión: “Ya no me aguanto ni yo” y “Ya no sé ni lo que quiero”. Por otra parte, la disyuntiva entre sus ganas de “cortar”, no saber cómo hacerlo y no lograr llevarlo a cabo, se manifestaron con mayor intensidad luego del receso.

Mientras tanto, lograba cada vez más poner en palabras su enojo: “rabia, rabia, rabia” fue el significante insistente con el cual aludió al sentimiento que en ella producía el vínculo con sus hijas. De sus expresiones se hacía cada vez más patente su conflicto entre querer “cortar”, pero no lograr hacerlo. Durante la semana María pensaba la forma de cortar con quien estaba allí en la función de analista. Es entonces cuando antes de la que sería la última sesión, recibí un mensaje donde se leía “Necesitaría llamarte por un minuto cuando puedas. Gracias”. Al final de esa misma tarde realizamos practicante y paciente una video llamada.

María: “Como te dije antes, a veces no quiero venir. Estuve pensando en cortar y dar un cierre, pero ya veo que hablando no puedo, tal vez debería haberlo hecho por mensaje.

Porque cuando llego, tú me preguntas y yo comienzo a hablar y hablar y ya no puedo parar, tengo un entrevero.”

Para su última sesión solicitó un “cierre y una devolución de su tratamiento”. Ya en la consulta final a la pregunta “¿Cómo has estado?” y “Te escucho”, María comenzó su relato, pero se detuvo abruptamente. En ese momento solicitó la mencionada devolución porque a su entender, después no podría cortar. Devolución que por otra parte no pudo escuchar, debido a que su atención estuvo en cortar con el tratamiento.

María: “Es que el corte que realizamos entre diciembre y febrero no me hizo bien, las cosas empeoraron. Diana, es que ya no quiero seguir interrogándome. No puedo alcanzar la mano que estás tratando de darme. No puedo seguirte. En este momento te digo que no puedo continuar. Tal vez después sí...”

Capítulo 2- La decisión del paciente: interrumpir el tratamiento.

En esta instancia retomamos la interrogación sobre si hubo o no comienzo de análisis en este tratamiento. ¿Acaso es suficiente con la llegada del sujeto a consulta y que continúe asistiendo para dar comienzo a un análisis?

Antes adjudicamos una importancia radical al momento cuando un sujeto decide consultar a un psicoanalista, pero esto no es suficiente para que de allí devenga un análisis.

Si bien la paciente completó un total de 30 sesiones y no faltó a ninguna instancia, esto no implicó necesariamente un comienzo de análisis. Hasta ese entonces se mantuvo en la dimensión de una posibilidad. Para Lacan (1958) no existe la posibilidad de análisis sin entrevistas preliminares. La sola asistencia del paciente a la cita no es suficiente y genera un error; confundir la necesidad de la presencia física - en esta situación, virtual- de practicante y paciente, con una relación analítica.

Este pasaje, desde la posibilidad a una relación analítica, implica la construcción de una demanda y para esto es menester que la consultante transite desde el pedido inicial que

la hizo llegar a la consulta, hacia una demanda de significación que la coloque en relación con la lectura significativa del síntoma, e implique al sujeto en su sufrimiento: “Esto es lo que me pasa” o “Esto es lo que yo no entiendo”. Desde ese momento en adelante puede devenir una posibilidad de hacer algo diferente con aquello que se le impone como un puro sufrimiento.

En el próximo apartado se ilustran algunas de las situaciones ocurridas durante este tratamiento.

2.1 ¿Qué sucedió en este tratamiento que impidió el comienzo de un análisis?

Haciéndonos eco de las expresiones de Mannoni (1987), podemos pensar a María como una persona que, luego de haber recurrido a médicos, psiquiatras, amigos, y otras personas, que aun conociendo el derrotero de su sufrimiento no pudieron ayudarla, llegó hasta la consulta psicoanalítica. Al inicio de su tratamiento buscó encontrar allí a otra persona que, cual médico haciendo esto o aquello, o con sus palabras, pusiera remedio a la situación e incidiera en el comportamiento de la hija mayor. Durante este primer tiempo, la consultante dirigió sus dichos a la practicante como lo haría hacia cualquier persona, siendo la disimetría necesaria dentro del dispositivo analítico y la escucha propia de la practicante la que permitió a la consultante, por momentos, escuchar sus propias palabras de una forma diferente. Pero para dar comienzo a un análisis, el paciente debe cumplir con la regla fundamental y continuar hablando. Y, ya lo dijo el propio Lacan (1958): sin duda el analista dirige la cura, pero no al paciente.

Anteriormente identificamos como motivo de consulta el vínculo conflictivo con sus hijas. Por otro lado, durante las sesiones, en María emergió algo latente, como una insistencia; la angustia se reveló como la palabra plena de la paciente y lo demás estuvo en el orden de un puro *bla, bla, bla...* una palabra vacía. Este afecto acompañó en sus distintas formas toda la vida de la paciente y, sin ella saberlo, se tradujo en un pedido de escucha hacia el espacio clínico. María: “¿Quiere que le cuente?”. Para conducir una cura, como lo

dice Nassio (1996) es necesario atravesar por diferentes fases, las cuales están separadas en función de las distintas modalidades de las demandas del paciente y también según el tipo de relación que éste último tenga con su palabra. Dichas fases apuntan a lograr una subjetivación del paciente y proponen como condición necesaria la implicación del sujeto en su propio sufrimiento.

En otras palabras, estas etapas conllevan a un cambio de posición subjetiva, al cual el sujeto no arriba sin una renuncia. Freud, dice Lacan (1958), para lograr dicho cambio, ubicó primero al paciente en su posición en lo real y luego exhortó a sus alumnos a no temer y realizar una sistematización de los síntomas del paciente. Advirtió también que no debían caer en el error de adaptar al paciente a su realidad. En ese mismo texto menciona el procedimiento hegeliano, en el cual se propone una inversión de las posiciones en la realidad a la cual el paciente acusa como culpable de su malestar. Dice Lacan que no se trata de adaptar el paciente a esta realidad, sino de mostrarle que está demasiado bien adaptado, puesto que él mismo participa de su construcción (pp.569).

La interrogante de la practicante a María: “¿Y tú por qué te enojas?” apuntó justamente a la implicación de la paciente en la realidad de la cual se queja, pregunta que resultó un umbral y borde de la separación entre las entrevistas preliminares y el comienzo de un análisis.

2.2 La rectificación subjetiva

Esta inversión dialéctica anticipada por Lacan como *Rectificación* en su artículo “Intervención sobre la transferencia” (1951) no la hubo - o no fue lo suficiente- en el tratamiento de María. Este concepto supone una escansión a las estructuras del sujeto; de esa forma y en ese momento, se transmuta la verdad para el sujeto. Dicha verdad no toca solamente a la comprensión de las cosas sino “a su posición misma en cuanto sujeto del que los objetos son función” (pp.207). Esta rectificación dialéctica supone partir de los decires del sujeto y luego construir una interrogación sobre la posición que él mismo ocupa en sus dichos.

Entonces, si en el caso que nos ocupa no existió una rectificación subjetiva y tampoco una demanda de significación que la pusiera en relación con la verdad de su síntoma... ¿qué fue lo que sí existió en este tratamiento?

2.3 Lo real

Dijimos que cuando un sujeto llega a la consulta, no lo hace por motu proprio, sino obligado por un problema que la ha desbordado y es en ese desborde donde surge algo con lo cual debemos vernos todo el tiempo en el análisis, y es del orden de lo inefable. Esto no debería tomarnos por sorpresa, sino todo lo contrario. Estamos advertidos por el propio Lacan de que hay en el análisis toda una parte real en nuestros sujetos que precisamente se nos escapa. Con esto nos encontraremos a diario quienes estamos encargados de hacer la experiencia del análisis y de elegir a nuestros consultantes, tal vez futuros analizantes.

Ahora intentemos construir una respuesta a la pregunta anterior. Durante el transcurso de las entrevistas pulsó en María una insistencia, inconceptualizable, imposible de representar o imaginar; en suma, imposible de poner en palabras. Nos referimos al registro de lo real, uno de los tres registros que constituyen para Lacan la estructura del funcionamiento psíquico de un sujeto. Dicho registro, por sus connotaciones y características inherentes, lo hace por demás complejo. Este real queda por fuera del campo de la palabra en el mismo acto donde el sujeto adviene a ella. De esta forma se constituye en un resto imposible de simbolizar que barra al propio sujeto. Lacan (1973) lo describe por la negativa, por lo que no es; ni hueco ni falta en tanto tal, sino aquello que no cesa de no inscribirse. La división operada por el significante hace que algo quede por fuera del símbolo, pero esto no quita que ese algo esté siempre presente y, por lo tanto, mucho menos puede ser escondido.

Lacan, (1966) va a decir que lo real por muchos cambios que podamos hacer, () está siempre y en todo caso en su lugar, lo lleva el sujeto pegado a la suela, sin conocer nada que pueda exiliarlo de él . Habla por fuera del sentido del significante, como el caso del síntoma (pp.36). Y no por inefable debe ser considerado como exterior al propio sujeto, sino

en esa extimia relación entre lo más íntimo del sujeto y su realidad. (Lacan, 1973).

La clínica entonces no se basa en captar, apresar o simbolizar lo real, porque justamente la imposibilidad de simbolización es la característica de este registro. Se trata de dirigir la cura hacia cómo el sujeto se articula en torno a su falta. De esta forma dice Lacan (1960), aunque indefinida, lo real queda en el centro de la cuestión analítica como en torno a la cual gira la verdad inconsciente del sujeto. Pero el material clínico o la propia palabra del analizante, es ajeno a este orden real y, en tanto proviene del símbolo está ya atravesado y filtrado por el significante. Este material aunque ajeno al orden de lo *real*, sí se estructura en torno a él, lo circunscribe, pero nunca lo define más que por su ausencia.

Así, lo real es la verdad a la cual el sujeto no logra acceder, pero que sí se denuncia en el sin sentido del síntoma y es allí donde el propio sujeto se da a entender: en la verdad de su síntoma con el lenguaje. Existe en el síntoma todo un propósito simbolizante, pero no por darse a entender implica que ese lenguaje sea escuchado, quiera y pueda ser entendido por otro. El síntoma, en tanto viene de lo real, orienta la brújula a seguir en nuestra clínica. En otras palabras, muestra la forma como el sujeto se las arregló con sus pérdidas, una verdad escandida por el lenguaje. Ahora, ¿cuánto de lo real María pudo transformar en pulsional?

Observamos a lo largo de esta producción, cómo algo antes impensable para la paciente, comenzó a ser puesto en palabras. Recordemos los significantes con los cuales María expresó su descontento, a saber: juzgada, castigada. Casi en el final de su tratamiento pudimos observar, en el discurso de María, un cambio en su posición enunciativa. La paciente pasó desde una posición pasiva, en la cual aparentemente solo recibió el castigo de su hija, a un discurso donde simbolizó su enojo ("*rabia, rabia*") hacia sus hijas. Sin duda que allí algo de lo inefable fue simbolizado, pero aun así algo también permaneció como una presencia dentro de una ausencia que María llevó -como dice Lacan- pegada a la suela.

2.4 Transferencia: un enlace falso, una mésalliance.

En el apartado anterior preguntamos cuánto de ese real pudo pasar a pulsional, y ahora la cuestión apunta al cómo. ¿Cómo algo de ese real pasó a pulsional? Los hilos de esta pregunta nos conducen al fenómeno de la transferencia.

Decimos que en la práctica psicoanalítica el saber que se instaura es sobre lo real y no de lo real. Dicho saber se teje dentro de la relación analítica mediante la transferencia, pero apunta al saber y no al ser.

Ahora bien, si dirigir la cura implica conducirla a un punto de ruptura radical llamado experiencia analítica, ¿cuánto de la transferencia estuvo en este tratamiento? Para pensar esta interrogante traemos a colación las transferencias en su dimensión de un enlace falso mencionadas por Freud (1893) como una mésalliance. Así es que, a partir de la literalidad de los registros, se ha podido comprobar cómo los vestigios de una relación transferencial entre practicante y paciente colocaron a la primera en diferentes lugares, a saber, el de hija menor, amigo molesto, el lugar del enojo y al último, el lugar de un Otro a quien María habló y dirigió su agresividad hacia la figura de la practicante.

En esta mésalliance se realiza una alianza inadecuada entre paciente y médico, donde entra en juego un afecto. Éste último, está incitado por el deseo que propicia una compulsión asociada a un rasgo o gesto de la persona del médico. De esta forma la transferencia hace su aparición como una falsa conexión, donde además de un error, hay un engaño. Por esta razón Freud dice que los pacientes están siempre engañados.

Este engaño se desarrolla en el terreno de una ficción representada en la relación entre practicante–paciente, es decir, una mésalliance que engaña y se engaña. Por tanto, el sujeto sólo puede representar su papel dentro de un engaño, de una ficción, la cual debe ser rechazada, y solo así logrará abrirse paso algo de la verdad del síntoma. La verdad solo puede aparecer representada en esta ficción y, por otra parte, ni siquiera está referida a algo nuevo, sino a una repetición, la cual está anclada a un rechazo que ya ha sido producido en

el pasado: el rechazo de un deseo prohibido. Este pasado desconocido, sin saberlo, el sujeto lo vive como una repetición y se hace realidad en otro lugar: en una escena que, en tanto ficción, también se representa ante otra persona y en otro escenario. Pero esa otra persona no es un otro a quien abrazar, de carne y hueso, sino que es el Otro, concepto central dentro del psicoanálisis retomado por Lacan, donde lo propone como lugar.

Decimos que esa otra escena, representada en otro lugar –el espacio analítico-, donde se ubican analista y paciente, es ni más ni menos que la escena del Edipo. Y como lo expresa Casas (1980) en su artículo “Entre la repetición y la ausencia”, la transferencia (ahora haciendo mención a su etimología), representa un espacio que es preciso recorrer (trans), llevando (fere) a paciente y analista a un espacio donde algo se transfiere. En este pasaje aparece un límite a ser franqueado, y de ahí su carácter de transgresión, porque justamente allí se transgrede lo prohibido, prohibición que está relacionada con los deseos edípicos. Entonces, transferencia y transgresión están asociadas, puesto que los mismos deseos edípicos son los que se juegan en la repetición y se representan en este escenario del espacio analítico.

Esta *mésalliance* colocó a practicante y paciente en ese escenario. La escena allí representada ejerció tanto de fascinación por un lado -ya que María completó 30 sesiones de su tratamiento- como de horror al momento justamente de franquear ese límite, el muro del lenguaje que no pudo ser sorteado e impidió el inicio del análisis.

En el comienzo de esta producción mencionamos el peligro que representó para María quedar presa en la ignorancia de su propia castración. Ahora bien, el escenario analítico y la escucha psicoanalítica, otorgan al terapeuta el poder escuchar más allá de lo audible, y es solo en ese escenario donde a los dos personajes les está permitido representar otra escena. Justo allí, la representación, como ficción que se representa en ese escenario, permite que la represión sea burlada. La repetición que atañe a un deseo prohibido se reedita (sin saberlo el paciente), otorgando a esta escena la fascinación y el horror que antes mencionamos. Esta ficción, por un lado, pone en tensión los deseos sexuales y por el otro, el encuadre analítico otorga la garantía necesaria para que en ese

escenario se acojan las ilusiones bisexuales, y a la vez evita a sus protagonistas quedar cautivos en el juego de la seducción.

Casas (1980), dice que es el mismo encuadre el que se constituye como el equivalente de la prohibición del incesto, y con su palabra prohibidora caracteriza la relación analítica como incestuosa. El encuadre resulta a la vez protección y amenaza.

Decimos que esta escena la podemos entrever casi al final del tratamiento e implica a un sujeto con su palabra plena. Desnuda a la paciente como un sujeto humano atravesado por la angustia, por la pérdida y por una historia de abandonos sin contar. Si bien las interrogaciones atravesaron el pensamiento de María, no quiso continuar interrogándose. María: "...ya no quiero seguir interrogándome".

Durante este tratamiento el deseo parece haber estado ausente. En María, al comienzo de las entrevistas estuvo atado a su nieta y a la ilusión de ocupar el lugar de abuela. A lo largo de las sesiones pudimos observar cómo el mismo fue puesto en peligro por la amenaza de su hija mayor. El silencio, utilizado como agresión y castigo, amenazó con una destitución subjetiva radical e innecesaria. Así, en un primer tiempo aparece el miedo de la paciente a ser destituida de su lugar de hija; en un segundo tiempo, también fue destituida del lugar de esposa, y en este tercer tiempo, emerge el miedo a ser destituida del lugar de abuela. Lentamente el deseo se desvaneció, mientras, por otro lado, cobró protagonismo un goce, la contracara del deseo y por esto, menos lábil y cambiante. ¿Cuánto goce tuvo la paciente en ser castigada?

Lacan (1972) describe a este "jouissance" como masivo y sustancial, a medio camino entre el placer y el displacer, pero que no necesariamente implica la repetición de un sufrimiento mortificador. El autor apunta al goce como siempre presente, sustancial y sólido, el cual actúa como sostén del deseo del sujeto. Esta misma sustancialidad hace que aun siendo la causa de su malestar, el sujeto se resista y en ocasiones no pueda apartarse de él. Este goce, productivo, creador e inagotable, también puede dar un giro en contra de los intereses del sujeto.

En el caso de María tal renuncia no llegó. Observamos en esta etapa cómo la

experiencia del síntoma, aunque opuesta al placer, deja al sujeto prendado por el Otro y éste es el centro en la experiencia del amo. Un cambio de posición subjetiva implica para el paciente renunciar a su orgullo, pero no resulta una tarea fácil. Renunciar al goce muchas veces significa para un sujeto perder la posibilidad de contacto con el mundo, si éste no se realiza a través del dolor. El cuerpo, en su posibilidad de falla, ofrece una coartada perfecta para que el sujeto aloje y encripte su causa de sufrimiento en una somatización; en este tratamiento, la afectación de la visión y probable ceguera. Como practicantes, futuros psicólogos, estamos advertidos de esta posibilidad, que además experiencialmente también la hemos vivido.

Ahora bien, para Lacan lo fundamental del goce está en su parcialidad. Y si tenemos en cuenta que lo constituye una pérdida fundante, tampoco se puede tener, alterar o reorientar para encontrarle una mejor aplicación. En consecuencia, no existen goces correctos o medidas adecuadas para gozar.

¿Cuánto de la transferencia se hizo presente? Podemos pensar a María como un sujeto a quien la dificultad de novelarse hizo establecer una transferencia fugaz e impidió el pasaje al registro simbólico, puesto que la paciente reclamó para sí misma el derecho de no poner en palabras sus interrogaciones. María: “Me lo callo”. Aun así, supo que continuaría pensando en ellas más allá de finalizado (o no) el tratamiento. María: “Ya sé que voy a seguir pensando”. La escena que allí se representó, la *mésalliance* como enlace falso, actuó en su dimensión de resistencia e hizo abortar el tratamiento. María, si bien logró simbolizar por momentos su sufrimiento, decidió renunciar a la verdad que la implica como un sujeto constituido por las pérdidas. El punto de ceguera estuvo en no poder o no querer ver en la pelea, la forma como María se relacionó con el otro. A partir de allí, el lograr construir una interrogante le hubiera permitido hacer algo diferente con su sufrimiento. Pero para lograr visualizar aquello que hasta ese momento su ceguera le impidió ver, debería haber hablado de su infancia e historia de abandonos. Y como podemos observar, esto constituyó el núcleo del conflicto.

Practicante: “Te aproximas al conflicto con tu padre, pero no debes tener miedo,

porque estás acompañada y protegida con tu análisis, si tú quieres continuar” (última sesión).

Decidiendo no decidir sobre el acto que más la implicó (la intervención de cataratas), continuó con su goce, y como se sabe, más goce no significa mayor placer, sino dolor. María interrumpió su tratamiento y con esto renunció o no pudo sostener la próxima interrogación que ya se anunciaba: “¿Por qué te abandonan tanto?” Es decir, la paciente, frente a la incompletitud de su ser, renuncia al saber sobre su propia castración, manifestada de diferentes formas. Ahí el ser humano queda negado como individuo y se asume como sujeto. Justamente, es la castración que en un espacio analítico no puede ser desmentida.

Consideraciones finales

Si bien el tratamiento fue interrumpido por voluntad de la paciente, lo cual puede considerarse una aparente desventaja, eso por otro lado me permitió pensar y escribir las reflexiones finales de este TFG. Tanto la escritura como la praxis clínica forman parte indisoluble de ser un analista. Así, luego de las reuniones que mantuve con mi tutor, una inacabada revisión bibliográfica, el análisis personal y, ni qué decir, el encuentro con mis pares, hoy tengo una certeza: que la experiencia analítica se hace en el encuentro con otros. De lo contrario, el terapeuta corre el riesgo de creerse omnipotente.

Al culminar la escritura de esta producción, punto final de mi trayecto académico -si bien digo fin pero que implica también un nuevo comienzo- como es de esperar, varias cuestiones me interrogan y otras tantas continuarán interrogándome, pero ahora de cara a un futuro desempeño como psicóloga.

Retomemos algunas de las preguntas guías de esta producción. Sin duda que las mismas colocan a quien escribe en el banquillo. Y como dice Lacan, si no es para cuestionar nuestra práctica y ser cuestionados, ¿para qué estamos aquí?

¿Se puede considerar a este tratamiento cumplido, aunque la paciente haya decidido interrumpirlo?

Pudimos observar que a lo largo de las sesiones sucedieron varios cambios. Si bien

la paciente habló de su sufrimiento, aun así no pudo escucharse y lograr sorprenderse al oír una palabra que le resultara reveladora. En este sentido y parafraseando a Freud (1912), las siguientes palabras iluminan y orientan la práctica de quien se inicia en el psicoanálisis.

Tanto un novel practicante como un experimentado terapeuta, no deben esperar producir cambios radicales con un tratamiento, sino que solo son posibles aquellos pequeños y trabajosos. Estos cambios no pasan solo por descubrir el propio deseo de una persona, sino también por desentrañar como un sujeto ama, goza y odia, pero, aún después -el paciente- debe saber hacer algo diferente con ellos.

El límite en un análisis está marcado por la intensidad de la constitución pulsional, el respeto -por parte del terapeuta- a la inteligencia y voluntad del paciente. Es el analista quien debe colocar en suspenso el propio interés teórico, así como su afán por curar y por entender (por sobre todas las cosas) que en un análisis no todo es posible. De esta forma, pone en juego su propia castración. Lejos está de la teoría psicoanalítica un psicólogo, quien por medio de un análisis, asegure el pleno gobierno sobre lo pulsional (Freud, 1937).

Cada paciente tiene el poder de decidir hasta donde quiere y puede llegar con su tratamiento. Cabe señalar que tal vez fue el afán de la practicante por encontrar una cura, lo que la hizo buscar un por qué del síntoma más allá de las palabras de María. ¿Tal vez la practicante buscó una confesión de la paciente? Podemos ensayar una respuesta a esta interrogación. La inexperiencia y el deseo de hacer la experiencia clínica sesgaron mi escucha. En cierta forma, esto obligó a la consultante a ir más allá de sus límites. Tal escollo se podría salvar, dice Lacan, si el practicante logra hacer olvidar al paciente que un análisis solo se trata de palabras, pero esto no significa que el practicante lo olvide. Es decir, María, a pesar de que ya no quería seguir hablando, aun así lo siguió haciendo, porque ese era el deseo de su terapeuta. Me sirvo del siguiente fragmento para ilustrar ese momento. María: "... porque cuando llego, tú me preguntas y yo comienzo a hablar y hablar y ya no puedo parar, tengo un entrevero."

Ahora bien, ¿se puede considerar este tratamiento cumplido? Y además, ¿cumplido en cuanto a qué?

Considero este tratamiento cumplido en cuanto a que en nuestra praxis no todas las demandas de atención derivan en un tratamiento analítico. Calcular en quién será posible una cura analítica y por cuál medio, resulta una tarea imposible. Y, por sobre todas las cosas, como decíamos, es el paciente quien decide hasta cuándo quiere y puede continuar. De lo cual se desprende -y esto lo aprendí con creces- que hay personas que llegan a la clínica, sí, pero eso no significa que logren iniciar un tratamiento psicoanalítico.

Ahora bien, ¿qué sucede con las dos partes involucradas en esta relación? ¿Un consultante, luego de transitar por esta experiencia, volverá a ser el mismo? ¿La practicante será la misma luego de haber transitado la experiencia?

Ya lo decía Freud, que un paciente nunca volverá a ser el mismo luego de esta experiencia y en la singularidad de este caso, también la propia paciente supo que su transformación continuaría aún luego de finalizado el tratamiento. A continuación, cito las palabras mencionadas por María al final de su tratamiento, las cuales ilustran tal afirmación: "... sí, ya sé que voy a seguir pensando".

Así, en la praxis psicoanalítica hay una mutua transformación de la cual tanto paciente como practicante no pueden escapar, aunque quisieran. Luego de cada cura nos transformamos y moldeamos como una "plasticina". El autor Nassio (2013) sostiene que "considerar al analista como alguien eternamente silencioso, que deja desplegar el análisis según la voluntad de la palabra, es una mala posición; es una caricatura" (pp.13).

En este sentido es importante considerar que sostener la queja, el dolor de la paciente, y por otro lado poner en suspenso la incertidumbre, la angustia de quien se inicia en esta práctica, y aun así tolerar las incomodidades que por momentos surgen durante un tratamiento, es una tarea que no resulta fácil desde la posición de un novel practicante. Después de todo y, ante todo, citando a Lacan (1951) "el paciente no es el único con dificultades, sino que también el practicante o futuro psicólogo debe pagar un precio. Sin duda con palabras, pero también con su persona" (pp.561).

En esta situación de pago me encontré varias veces, porque si bien es cierto que el analista "es una función", es el practicante quien está allí en persona y hacia quien el

paciente dirige su agresividad. Por esta razón considero que soportar mi propia impotencia (situación en la que por momentos me colocó la transferencia), no revelar al paciente las posibles hipótesis sobre su tratamiento, y de esta forma llevar el tratamiento adelante y lograr que la paciente simbolizara su sufrimiento, puede ser tomado como un acierto de la practicante, en tanto en un análisis (...) no hay más resistencia al análisis que la del propio analista (Lacan, 1951).

Esta práctica, la cual luego derivó en la escritura de este TFG, no solo “me dio vuelta la cabeza”, sino que, al igual que a mis compañeras analistas-practicantes, nos mantuvo prendidas fuego. Decíamos que en este tratamiento el deseo pareció haber sido el gran ausente. Sin embargo, estuvo siempre en juego por parte de quien escribe, también por momentos fue cuestionado y puesto en jaque. Y después de todo, ¿qué es la situación analítica, sino el espacio donde emerge la pregunta por el deseo? Pregunta por otro lado originada en la insatisfacción, suspendida y cambiante, por estar el mismo deseo siempre en movimiento.

Ahora, agreguemos a estas reflexiones dos preguntas relevantes. María, ¿se mantuvo durante 30 entrevistas sólo por el deseo de la practicante? La paciente, ¿no logró nada respecto a la posición de conflicto relativa a su hija?

Vayamos nuevamente a los vínculos familiares de María y veremos que sí se produjeron cambios, especialmente en la relación con su hija mayor. Recordemos que fue la angustia que el conflicto con su hija le producía a María lo que obligó a la paciente a llegar hasta la clínica. Con el transcurrir de las consultas, parte de ese sufrimiento se pudo simbolizar y la paciente logró realizar cambios en la relación con Andrea. Pasó por momentos de miedo e impotencia frente a las amenazas de su hija. Hasta el momento de la primera consulta, la comunicación estaba suspendida no solo con Andrea, sino también con su nietita. Sobre María recaía un castigo (impuesto por Andrea), el de no poder hablar y ni ver a su nieta. Ya durante el tratamiento la consultante logró poner en palabras sus sentimientos, y al mismo tiempo la relación entre madre e hija fue cambiando: se reanudó el

diálogo, el intercambio de mensajes de texto y llamadas fue cada vez más frecuente, y nuestra consultante participó de varias actividades con Andrea y con su nieta. Además, la paciente pudo pensar en cómo un enojo podría hacer síntoma en el cuerpo provocando un dolor físico. También (y esto es de particular importancia, porque es en el espacio analítico donde el paciente ordena su discurso, solo necesita tiempo) la paciente logró organizar su pensamiento, tomar decisiones y hasta llegar a la consulta con la doctora, donde papelitos en mano (los resultados de los análisis) habló y expuso sus dudas sobre su diagnóstico oncológico. Por último, se registró un cambio en la posición enunciativa: pasó de ocupar un lugar casi masoquista frente a los dichos de su hija, a lograr simbolizar los sentimientos hacia su hija con la palabra “rabia”. Lacan (1954) hace referencia al por qué de que dentro de un tratamiento, la emoción pueda ser simbolizada y luego desplazada, invertida e inhibida. Lo central y más importante en la praxis psicoanalítica está en la función creadora de la palabra dentro de la transferencia. Dice también que el conflicto en un sujeto neurótico está en su palabra “amordazada”. Es en el análisis donde esa palabra “amordazada”, capa por capa, comienza a ser develada y tiene un último sentido. (...) El sentido último de la palabra del sujeto frente al analista, es su relación existencial ante el objeto de su deseo y, en ese momento, el espejismo narcisista en el que se sostenía tal relación se quiebra y deja solo al sujeto, lo cual Lacan llamó “el placer preliminar”. (pp. 353).

Es decir que María, al llegar hasta la consulta, buscó un espacio donde hablar y ser escuchada, pero no acudió a cualquier lugar sino a una Clínica Psicoanalítica. María, desde un saber no sabido, supo, al momento de llegar a la consulta psicoanalítica, que ahí debía “hablar”. Así lo hizo, y esto fue lo que mantuvo a la paciente (venciendo la resistencia hasta el final de su tratamiento) durante 30 sesiones: el deseo de ser escuchada.

Lacán (1954) hace referencia Freud, y la *Übertragung*, (transferencia) y se pregunta ¿A qué llama Freud *Übertragung*? respondiendo que () es el fenómeno constituido por el hecho de que no existe traducción directa posible para un cierto deseo reprimido por el sujeto. Este deseo del sujeto está vedado a su modo de discurso, y no puede hacerse

reconocer. ¿Por qué? Porque entre los elementos de la represión hay algo que participa de lo inefable. Hay relaciones esenciales que ningún discurso puede expresar suficientemente, sólo puede hacerlo entre-líneas (pp.354).

Este deseo de la consultante (ser escuchada), la escucha singular de su terapeuta, las preguntas, lograron que la paciente realizara los cambios antes mencionados y que también pudiera reconocerlos. Los pacientes, cuando llegan a la clínica, buscan un lugar donde el lenguaje del síntoma no se ignore, sino que sea escuchado por quien quiera y pueda entenderlo. Por esta razón, interrogar al síntoma sobre el saber que en él se encripta, dice Lacan (1969) implica transcurrir por el discurso analítico, el cual permite a quien se introduce en él, desidentificarse y desprenderse de los significantes Amo que encadenan su decir, lo obligan y le imponen un deber ser. En la asociación libre el paciente renuncia a los amos de su discurso y produce un saber. El analista con sus preguntas, ubicado como causa detrás del propio paciente, provoca una división subjetiva en el consultante, siempre y cuando este lo permita.

En suma, dice Lacan (1954) que cuando el paciente llega a la consulta dice banalidades porque el lenguaje es como una moneda gastada que pasa de mano en mano en silencio, pero es el sentido de esas banalidades lo que viene a buscar puesto que es en el espacio analítico donde la palabra revela su sentido, en tanto una palabra solo es palabra en la exacta medida que hay alguien que crea en ella.

María encontró en el espacio terapéutico lo que estaba buscando ya desde antes de llegar a la consulta: hablar y ser reconocida, por cuanto la palabra es esencialmente un medio de reconocimiento (el analista reconoce la dimensión real del sufrimiento del paciente). Pero a la vez revela un sentido absolutamente ambivalente e insondable en tanto... ¿es o no verdadero lo que ella dice?

Por lo tanto, ambas protagonistas lograron hacer en este tratamiento la experiencia analítica, pues la practicante tuvo la oportunidad de experimentar un desafío y entender

especialmente como lo expresa Lacan (1953) que “la experiencia analítica, se hace enteramente entre palabras, se hace andando y que hablar (en un espacio psicoanalítico) es ya introducirse en ella”. (pp.5)

Cabe mencionar que, tanto noveles practicantes como experimentados psicólogos, hacen la experiencia del análisis también con sus propias historias. Durante esta práctica preprofesional y la posterior escritura de este TFG, quien suscribe reafirmó el deseo de ser psicóloga y hacer la experiencia analítica

Referencias bibliográficas.

Carrasco, O. (2017). Sintagmas sobre la histeria. Montevideo: Psicolibros

Casas, M. (1980). Entre la repetición y la ausencia. Revista uruguaya de psicoanálisis.

Recuperado de: <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/857>

Freud, S. (1893-1895) Estudio sobre la Histeria. Vol II. (p.306-307). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Ediciones.

Freud, S. (1893-1899). Primeras publicaciones psicoanalíticas. Vol III. (76-80)

Freud, S. (1901-1905) Fragmento de análisis de un caso de Histeria. Vol. VII. Amorrortu Ediciones (p.13-20).

Freud, S. (1911-13). Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras: Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Tomo XII: Amorrortu Ediciones.

Freud, S. (1911-13). Sobre la dinámica de la transferencia. En S. Freud (Ed) Obras completas: Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras. Tomo XII: Amorrortu Ediciones.

Freud, S. (1911-13). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis. Tomo XII: Amorrortu Ediciones

Freud, S. (1914-13). Recordar, repetir y reelaborar. En S. Freud Obras completas: trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras. Tomo XII. (págs. 145-157). Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.

Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. Seguido de construcciones en el análisis. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.

- Lacan, J. (1951). Intervención sobre la transferencia. En Escritos I. Buenos Aires: Siglo XXI Editores (2009)
- Lacan, J. (1953-1954). Seminario 1. Los escritos técnicos de Freud (p.26-30). Buenos Aires: Paidós (2001)
- Lacan, J. (1953-1954). Función creadora de la palabra, En Seminario 1. Los escritos técnicos de Freud. Paidós (2001)
- Lacan, J. (1953). Lo simbólico, lo imaginario y lo real. Inédito. Trad. Ricardo Rodriguez Ponte.(2009)
- Lacan, J. (1958). Escritos 2. La dirección de la cura y los principios de su poder. Buenos Aires: Siglo XXI (2009).
- Lacan, J. (1960-1961). El seminario, libro. Vol. 7: La ética del psicoanálisis. Buenos Aires, Ar: Paidós. (2015).
- Lacan, J. (1966). Escritos 1. Función y campo de la palabra. Buenos Aires: Siglo XXI (2003)
- Lacan, J. (1966) . Escritos 1. La carta robada. Buenos Aires: Siglo XXI (2009)
- Lacan, J. (1969-1970). El seminario. Libro 17: El reverso del psicoanálisis. Buenos Aires: Editorial Paidós (2008)
- Lacan, J. (1971-1972). El seminario. Libro 18: de un discurso que no fuera del semblante. Buenos Aires: Paidós. (2009)
- Lacan, J. (1972-73/1995). Clase 1. 21 de noviembre 1972. El seminario. Libro 20. Aun. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1972-73). Clase 9. 9 de marzo 1973. En seminario 20. Otra vez /Encore. Versión crítica de Ricardo Rodriguez Ponte.
- Lacan, J. (1975-1976). El seminario. Libro 23: El sinthome. Buenos Aires: Paidós (2006)
- Lombardi, G. (2000). Tres definiciones de lo real en psicoanálisis. Diván lacaniano.

Recuperado de:

<http://www.forofarp.org/images/pdf/Praxisyclinica/Gabriel%20Lombardi/Definiciones-Real.pdf>

Nassio, D (2013). Cómo trabaja un psicoanalista (p.9-40). Buenos Aires: Paidós

Nassio, D (2019). Conferencia "Los conceptos de Nassio

YouTube.<https://youtu.be/9L4iVOoMDno>

Manoni, (1987). La primera entrevista con el psicoanalista. Buenos Aires: Gedisa

Editorial