

Comentarios del Dr. Nemirovsky:

Lo que caracteriza al ser humano dependerá de la relación de tres factores que se conjugan a la manera de una aleación: la materia biológica con la que estamos hechos los animales; los aspectos intelectuales propios de nuestro desarrollo mental y los otros (el medio que habitamos y nuestro marco cultural). Nuestros instintos aparecerán y adquirirán una forma humana si, y sólo si, son estimulados por semejantes de nuestra misma especie.

En la historia de nuestra disciplina, el objetivo de la investigación clínica se trasladó, desde el estudio de la pulsión y el aparato psíquico, hacia el objeto y en particular, a los vínculos. El cambio paradigmático en la teoría fue formulado, a mi criterio, por Fairbairn precedido por los caminos clínicos que recorrió Ferenczi décadas anteriores.

Fairbairn (1941) propone a la libido como buscadora de objetos y no de placer; a las zonas erógenas como canales mediadores, y a las fases libidinales como “técnicas del yo” para regular las relaciones con los objetos. Funda así las bases para una concepción que podríamos denominar del “impulso primario” (búsqueda de objetos como motor central del psiquismo), divergente de aquella de “impulsos secundarios” sostenida por Freud: la sexualidad cabalgando sobre los instintos (anaclisis). Desde otra perspectiva, M. Klein construye un escenario donde se desplegará la dramática de las relaciones objetales impulsadas por la fantasía inconciente, correlato del instinto.

Posteriormente, Winnicott, D. W. (1957) establece una clara diferencia entre lo más *temprano* y lo *profundo*. Lo *temprano* suele no ser parte del self, aunque sí de la historia del sujeto: se trata de lo que *el medio brindó* en los primeros momentos de la vida extrauterina y respondiendo a las necesidades, en términos de sostén, manipuleo y presentación objetal. Lo *profundo* se va instalando más tarde (sobre esa “red” ya construida) como contenido del self, derivando de la experiencia y configurándose como mundo interno, a la par de la construcción de las instancias. Aquello que resulta “más profundo”, irá

apareciendo si con el tratamiento posibilitamos el desarrollo de lo tempranamente fallido.

Si en el ambiente inmediato al nacimiento hubo fallas generadoras de situaciones traumáticas, aparecerán luego, en el contexto de un análisis, transferencias representantes de necesidades y no de deseos, quedando, a menudo, resueltas por el encuadre y por los aspectos parainterpretativos de la actividad del analista (su presencia, tono y timbre de su voz, sus acciones). (Nemirovsky, C. 2007)

El paciente señala Winnicott, D.W., en 1974, necesita “recordar” el derrumbe infantil temprano del que no tiene noticias porque *aún no ha sucedido*. Recién se *editar*á el recuerdo cuando pueda ser vivido en la transferencia, habitualmente como enactment del que participarán paciente y analista. El paciente podrá acceder al recuerdo, si el analista lo posibilita.

En los inicios del tratamiento de Elsa no podía esperar de ella un recordar basado en la represión. La base de la que partimos fue la de construir un encuadre sin forzar la “adaptación” y evitando el acatamiento. Este marco me fue permitiendo pensar sin tanta angustia y a ella aceptarlo como propio, como un lugar habitable (como me decía Elsa refiriéndose a las primeras épocas de su análisis “estuvimos construyendo una casita para mí”). Se fue generando gradualmente un área de ilusión, preservando el espacio potencial entre ambos. Ella pudo comprobar que su hostilidad no destruyó el vínculo y que la relación contuvo su desborde pulsional.

El caso ilustra una manera de trabajar que Integra ambos enfoques, pulsional e intersubjetivo. Siempre trabajamos en un contexto intersubjetivo, pero no siempre el paciente está en condiciones de poder acercarse a lo que desde Winnicott llamamos profundo. Lo temprano se va resolviendo con la regularidad del encuadre y con las actitudes del analista (con lo que somos y cómo lo expresamos y no con lo que decimos y parecemos). La paciente necesitó alojarse en un setting confiable que no la juzgara y que contuviera su conducta caótica. Esto fue prioritario. Desde allí entonces reconoció sus emociones, registró su cuerpo sintiéndose viva, comprendió las secuencias

temporales y pudo reflexionar. De los mecanismos de disociación y expulsión que la fragmentaban al inicio del tratamiento, pasó a utilizar luego, la represión. Del sobrevivir inicial comenzó a desarrollar una vida laboral y social aceptable. Mis herramientas fueron cambiando: desde las intervenciones afirmativas como intento de dar respuesta a sus necesidades, a la interpretación de su deseo.

El factor de cambio decisivo fue, a mi criterio, la experiencia vincular en la transferencia. Relación e interpretación son las herramientas terapéuticas con las que contamos. Trabajar con Elsa me mostró que la evolución del psiquismo no finaliza cuando termina la niñez. No hay una estación final de llegada. El psiquismo está siempre abierto a aquello que toma del otro por su proceder. Registra al semejante significativo por el modo de relacionarse y no sólo por la semántica de su lenguaje.

Los criterios de analizabilidad resultan de la posibilidad de creación de un ambiente adecuado, que dé lugar a la continuación de desarrollos detenidos. Si la actitud del analista lo hace posible, adaptándose a las necesidades del paciente, aparecerán capacidades de recibir y utilizar interpretaciones de contenidos inconscientes para la ampliación de su conciencia.

- Fairbairn, W.R.(1941) A revised psychopathology of the psychosis and psychoneurosis International Journal of Psycho-Anal. Vol.4. Pags. 751-81
- Nemirovsky, C. (2007) Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría. Buenos Aires: Grama, 3ª. Ed. (2013).
- Winnicott, D, W. (1957) On the Contribution of Direct Child Observation to Psycho-Analysis. 109- 114. The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. London: Hogarth Press & The Institute of Psycho-Analysis, 1965. Sobre la contribución al psicoanálisis de la observación directa del niño. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Ed. Paidós, Bs.As., 1993., p. 141-148.
- (1974) Fear of Breackdown. Int. Rev. of Psych-Anal. N.1 y Psicoanálisis, Vol IV, N. 2, 1982. Temor al derrumbe (1982, 2, p. 269-280).

LA INQUIETANTE TE-TERAPIA DEL DR CARLOS N.

Comentarios de A. Ortiz Frágola al caso Elsa

*“¿Así que usted cura con té?”
(paciente Elsa)*

El analista que le tocó a Elsa no era un estúpido aburrido, como sentía ella en un principio, en su “infancia analítica desesperada”, ni tampoco era un Pocho Lavezzi , como sensualmente buscó en su “adolescencia analítica”, pero al menos llegó a ser “un hombre interesante”.

Expresándose a partir de los aspectos indiferenciados de su personalidad, o de su narcisismo no transformado, Elsa dibujó un caos inicial donde alternaba rabia, pseudodepresión (estos pacientes suelen sentir más vacío que tristeza) e intentos apremiantes de que el analista le devolviera un sentido que su vida probablemente nunca tuvo. Quizás ella buscaba alivio, pero el tratamiento por momentos le resultaba inquietante. Entonces se vislumbraba algo que es muy común en estos sujetos: Cuenta el analista que Elsa cambiaba de humor y mutaba en sus identificaciones pareciéndose a la gente con quien estaba. Tal como Leonard Zelig, el inefable protagonista de la película de Woody Allen, se camouflaba de manera espontánea y por supuesto involuntaria, en un intento de sobrevivir en un mundo que le resultaba desconcertante, y en ese proceso, un analizado puede ser desde una persona hostil y casi insufrible, hasta un productor de las asociaciones que encajan exactamente con las teorías de su analista.

Son “casos difíciles”, decía Joyce Mc Dougall, que nos llevan a reflexionar sobre el clásico cómo y cuándo interpretar.

En este sentido, a mi modo de ver existe un interrogante técnico que nos plantean estos pacientes, desafortunados en muchos aspectos de la vida, pero afortunados si pueden aprovechar de un terapeuta capacitado y sensato que no se pierda en el laberinto de las defensas, intentos de compensación y efectos colaterales de la implosión del self, que sufren a repetición.

El interrogante al que me refiero con respecto al abordaje psicoanalítico de estos pacientes graves es: **en qué medida, personas que a veces requieren medidas técnicas heterodoxas para iniciar y mantener un tratamiento psicoterapéutico, pueden, más adelante, desarrollar un proceso analítico dentro de los parámetros característicos de una transferencia neurótica.**

Desde la **té-terapia del Dr Nemirovsky**, en los períodos de transferencia narcisista, hasta el analista atractivo de los tramos de transferencia neurótica, hubo de transcurrir un período prolongado en el que los aciertos prevalecieran sobre los inevitables errores, un período en el que el self de Elsa se fuera consolidando progresivamente mientras respiraba el oxígeno psicológico de un ambiente analítico sustentador. Tiene que haber sido un terapeuta firme y seguro, pero que no se la creyera (es decir, no un analista sabelotodo), y que fuera capaz de ir develando la vida interior de esa mujer que arrancó en su infancia acurrucada en su cuarto, no soportando escuchar lo que pasaba entre el hombre y la mujer que rodeaban su vida mental en crecimiento. Difícil entonces para Elsa pensar que podía haber algo mejor. Es natural que desconfiara casi por completo de las destrezas de ese analista al que sentía acurrucado en el consultorio y en su sillón.

Difícil para el analista acertar en “no dañar”, cuidarse de no diseñar una linda casa sin contar con los cimientos suficientes. Precisamente uno de los riesgos del tratamiento de estos pacientes es que un terapeuta hiperactivo, sin quererlo, construya una suerte de casa/personalidad premoldeada como las casitas perfectas y simétricas del pueblo del “Truman Show”. En esas situaciones no convenientes, se conjugan un paciente proveedor de asociaciones congruentes con las teorías de su analista y un analista encantado de interpretar rápido y supuestamente bien. Me refiero a interpretaciones sesudas antes de contar con la base necesaria.

Pero esas casitas de “durlock” se derrumban fácilmente ante los temporales de la vida. Por eso en estos casos la presencia del analista, como supo decir Sacha Nacht, puede ser elemento crucial de quien depende el progreso, o la cronificación, o la desintegración del sujeto.

Y qué pasa con el analista de pacientes severamente perturbados? Hay torrentes de sentimientos vividos y ríos de tinta escritos sobre la contratransferencia, la RTN, el encuadre. Yo diría que el analista tiene que aguantar estar de vez en cuando un poco loco (de vez en cuando pero no siempre loco, un poco loco pero no del todo). Tiene que tolerar que el paciente lo considere insano (Searles, 1980), o desubicado, o “freak”, tolerar que el paciente proyecte en él su parte insana. Y a la vez no promover con insistencia la ubicación x parte del paciente de su propia cordura en el terapeuta.

Para alguien como Elsa el mundo es un laberinto del cual los estímulos llegan con crudeza, porque **el filtro mental de los estímulos está rasgado**. Pequeños ruidos de afuera significan mucho ruido, y el extremo es la alucinación paranoide. Aunque por un tiempo sea una tarea intelectualmente atractiva, si el analista corre de un lado al otro persiguiendo e interpretando todos los aspectos dispersos del interior fragmentado y del mundo hostil, va a ser difícil que el sujeto salga del caos.

Y ligado a lo anterior, otro tema a considerar: poder darse cuenta de cuándo se puede contar con una interacción comunicativa que genere lo que Christopher Bollas ha llamado **momentos estéticos**: son experiencias “de raptó”, algo así como un embeleso que ampara al self y al otro en simetría y soledad. Expresan aquella parte de nosotros en que la experiencia de comunión con el otro constituía la esencia de la vida antes que hubiera palabras. Forman parte de lo sabido no pensado. Son experiencias intensas, acumulativas, que se dan en el espacio intersubjetivo y que conducen a un recordar más experiencial que cognoscitivo. Podemos concordar con Bollas en que la intensidad de estas relaciones de objeto no se debe tanto a que se trate de un objeto del deseo sino a que el objeto es identificado con tempranas y potentes metamorfosis del existir, transformaciones del sí mismo temprano.

Quizás sólo tiempo después nos daremos cuenta del peso de esos momentos cruciales del análisis. A veces incluso sólo cuando nos ponemos a repasar el caso o escribir sobre él. En otras oportunidades recién a partir del relato del paciente, que nos muestra el peso específico que tuvo algo que dijimos, que hicimos (o que callamos). Es que la revivencia, la reactualización de necesidades tempranas, que suelen estar antes de la constitución de la problemática del deseo, permite avisorar cual fue el tenor de las fallas originales que dificultaron la conformación del self como unidad. Porque como en cualquier transferencia, el presente narcisista nos muestra (o nos sugiere) los sucesos del pasado, y en el pasado antiguo, lo que le rodeaba y él eran indistinguibles. Los sucesos, o la falta de los sucesos requeridos, se nos muestran por esa ventana de la historia que se tiñe con los tonos del presente. Claro que los huecos requieren una nueva edición, como resalta Nemirosky, porque parece que la primera edición tuvo déficit editorial, hubo errores y omisiones.

Parece fácil de decir y difícil de poner en práctica, pero el analista de los pacientes como Elsa (de todos los pacientes en realidad) resulta buen analista cuando logra moverse con espontaneidad afectiva.

Dejaremos eventualmente para la discusión la cuestión de **cómo se adquiere esa espontaneidad**, que no está lejos de lo que es una función materna. Espontaneidad de la madre y respeto de la espontaneidad del hijo. Si se adquiere con el tiempo, o con el entrenamiento analítico, si viene con la personalidad del analista en cuestión; también si se ve interferida por las cosas de la vida del analista y “last but not least”, si a veces esa espontaneidad afectiva llega a ser obstaculizada por el mismo aprendizaje de nuestra disciplina (por cierto que en general las funciones maternas no se aprenden en los libros)

El asunto es que aún sin que su analista se lo propusiera, en el transcurso de un largo proceso debe haberse estimulado en Elsa la generación de la capacidad de captar sin gran distorsión los estados afectivos de la gente que la rodeaba, incluyendo a los hombres con quienes pudiera establecer una relación amorosa.

Por supuesto que para ello tuvo que aprovechar el contacto con alguien no fuera intrusivo, tampoco avaro, alguien que le ofreciera la “infusión” apropiada en los momentos justos: **Una verdadera “tea connection”**.

BIBLIOGRAFÍA

Bollas, C.: *La sombra del objeto*. Buenos Aires, Amorrortu Ed., 1991

Mac Dougall, J.: *Alegato por cierta anormalidad*. Barcelona, Petrel, 1982

Ortiz Frágola, A.: *Psicopatología de nuestro tiempo. De la inquietud adolescente a los trastornos del narcisismo*. Buenos Aires, Psicolibro Ed., 2014

Searles, H.: *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona, Gedisa, 1980

El aguante, la humillación y las herramientas: a propósito del caso Elsa

Rubén Zukerfeld

Perturbaciones y aguante: el caso

*No existe nada más peligroso
que una mujer humillada.*

Anónimo Popular

El caso Elsa constituye, a mi entender, un ejemplo clínico de un paciente seriamente perturbado que perturba seriamente a su analista, hecho expresado claramente en el epígrafe de Winnicott que encabeza el trabajo de Nemirovsky. Se trata aquí de poder pensar en algo imprescindible en la actitud y escucha analítica que ha sido descrito de muchas maneras más o menos sofisticadas pero que pueden resumirse en un solo término: *aguante*.

Esta tal vez sea la primera sensación contratransferencial que tiene un analista cuando se trata de alguien que fue traído a la consulta por una amiga, quien la viera caerse emborrachada en varias oportunidades y quien le dice al analista que Elsa “se comportaba como una suicida” golpeándose la cabeza contra la pared y mordiéndose las manos hasta sangrar.

Nemirovsky nos describe a una mujer “[...] abandonada por su marido, quien sin previo aviso dejó la casa y se fue con una joven mujer”, una mujer inestable, errática, con frecuentes ataques de ira, que se emborrachaba y se comportaba como una suicida, con actitudes desafiantes, paranoides y oscilaciones entre el ataque y el vacío. Alguien que decía: “nadie me quiere, me voy a matar”. Por otra parte hay en ella un permanente ataque al analista-hombre, de distintos modos, resumidos –a mi modo de ver en la frase: “Ud. no sólo no sabe de la vida, tampoco de las mujeres”.

Me interesa, en principio, señalar que independientemente de cualquier otro diagnóstico psicopatológico, pienso en esta mujer como alguien con un déficit narcisista cuyo motivo de consulta es una crisis porque “[...] fue abandonada por su marido, quien sin previo aviso dejó la casa y se fue con una

joven mujer”. Este episodio – bastante habitual en la clínica actual- constituye el núcleo de lo que denominamos “complejo de la mujer humillada” (Zukerfeld,2012)

Perspectivas: la humillación y la hostilidad

Llamamos así al efecto de la injuria narcisista, que da lugar a la furia narcisista directa, o a la búsqueda de que otro (el hijo como extensión narcisista) cumpla con su ideal y suture su herida. El primer caso sería el de la mujer humillada donde el déficit por injuria produce un colapso o derrumbe narcisista donde no hay posibilidad de restitución: la hostilidad y la furia vindicativa contra el objeto es su única salida. Esta sería una perspectiva para ubicarme frente a lo que nos transmite Nemirovsky sobre Elsa. En el caso de la madre humillada – es decir esa mujer humillada devenida en madre- la secuencia tendría un primer tiempo de no investidura del hijo que deviene en investidura hostil y a partir de allí la posibilidad de la actuación filicida de dicha hostilidad o de un segundo tiempo de sobreinvestidura para compensar en el hijo su propio déficit narcisista.

En el caso de Elsa no sabemos el papel que ocupó la hija – o sea Elsa como madre- pero si conocemos que “tanto ella como su marido habían tenido aventuras sexuales pasajeras y breves separaciones en los casi 30 años de casados” hasta el momento definitivo del abandono que pensamos como humillante¹.

Cinco herramientas

Creo que el analista demuestra en este caso que –contra los ataques irónicos de la paciente- posee experiencia de vida y en particular que no está enajenado por ciertos prejuicios psicoanalíticos. Este término –prejuicio- en una de sus definiciones se plantea como “idea rutinaria sobre la conveniencia o inconveniencia de las acciones desde el punto de vista social, que cohibe el obrar con libertad.” (Maria Moliner,1998)

¹ En particular por el detalle “joven mujer”. Es interesante asociar a Elsa con la Jasmine de *Blue Jasmine* de Woody Allen inspirada en la Blanche Dubois de *Un tranvía llamado Deseo*, de Tennessee Williams.

Hemos descripto en otra parte cuatro prejuicios psicoanalíticos pero a propósito del caso Elsa solo mencionaremos el que llamamos *prejuicio de uniformidad o el horror a la ayuda* (Zukerfeld,2002).Se trata aquí de entender las “ideas rutinarias” que afirman que *lo que sucedió y lo que sucede se trata profundamente de un solo y único modo que se denomina técnica psicoanalítica*. Ya Thomä y Kächele (1989) plantearon que la utilidad de las intervenciones terapéuticas se evalúan por el cambio en el paciente; si este cambio no se produce las intervenciones deben ser cambiadas. Aquí el problema fundamental es determinar si existe una única técnica psicoanalítica a partir de la confusión –estudiada desde distintas perspectivas- entre método y técnica. No es ocioso recordar que Freud en 1918 escribe que “las variadas formas de enfermedad que tratamos no pueden tramitarse todas mediante una única técnica”. Tal vez en este punto es donde más se ha puesto en evidencia la definición de prejuicio como aquello que “cohibe obrar con libertad”. Son este tipo de prejuicios los que generan históricamente problemas identitarios y brechas insatisfactorias entre teoría y clínica. En realidad este prejuicio de uniformidad suele estar asociado a lo que hemos denominado “horror a la ayuda” para el que se combinan una precaria concepción de la noción de neutralidad y una pobre idea de lo que significa sostén.

Pero aquí la historia es diferente y quiero destacar cinco de los problemas y de las herramientas utilizadas por el analista para llevar adelante un proceso con una paciente muy perturbada.

1. El problema del campo transferencial negativo: la herramienta del reconocimiento humilde

El analista afirma:

[...] antes de que yo me convenciera de que su juicio respecto a mi persona (estúpido, tonto, aburrido, comerciante e ignorante) era adecuado, la relación se fue revirtiendo. Se fue instalando un clima de mayor confianza y Elsa comenzó a relatarme algunos episodios de su historia.

El no interpretar la transferencia negativa era durante mucho tiempo un error técnico. Sin embargo pienso lo contrario, en especial en pacientes como Elsa. Así es que entiendo como una herramienta cierta aceptación del lugar que ocupa el analista, en lugar de interpretarlo solamente como proyecciones transferenciales. No consiste en pensar que uno es estúpido, pero sí que es

comprensible que en ese vínculo en particular, lo parezca, más allá de los desplazamientos habidos.

2. El problema del poder del analista : la herramienta sugestiva

En un momento crítico del proceso Nemirovsky narra:

Le sugerí que no decidiera nada, que se tomara un té y me llamara en quince minutos [...] Al llamarme nuevamente se disculpó por la molestia y, para mi sorpresa, comprobé que estaba tranquila. Al día siguiente, en la sesión, me dijo con sarcasmo: ¿“Así que Ud. cura con té?, ¿No le da vergüenza? ¿Para qué estudió psicoanálisis”? Esta sesión marcó un hito: intervine muy poco y sus defensas paranoides fueron derrumbándose gradualmente dando lugar a la aparición de un recuerdo, que rescató por primera vez de su memoria: recordó a su abuela tomando el té”.

Y en otro momento posterior:

Durante el segundo año de análisis me dijo: “usted es un analista diez puntos” a lo que contesté con cierta vergüenza: “Seguramente cinco son suyos y cinco míos”. La respuesta fue: “Usted es un estúpido” y creo que tenía razón. Ella necesitaba idealizarme, probablemente

Creo que la intervención en crisis necesita mucho del valor sugestivo de la palabra en su efecto de sostener o tranquilizar. En este caso el objeto “té” - asociado culturalmente a calma o pausa- devino en un significante privilegiado. Pero aunque no hubiera sucedido así, su valor paliativo es consistente. De allí que el mantenimiento de cierta idealización sea imprescindible y eso le da poder al analista. En otro trabajo Nemirovsky señala que “[...] el paciente nos confiere un poder limitado que se va consumiendo gradualmente, especialmente con el mal uso” (Nemirovsky,2013). Es decir que el problema es cómo se utiliza ese poder.

3. El problema de la disponibilidad del analista: las herramientas de recursos extra sesión

Mientras transcurrían las primeras vacaciones mantuvimos una sesión telefónica semanal. También yo le hablaba una vez en la semana, para ver cómo estaba. Fui para ella un objeto odiado, de apego y a veces su ideal pero, no sin ambivalencia, me fui convirtiendo con el tiempo en su contacto más seguro y confiable.

Hoy en día –y en especial con pacientes graves- el uso del teléfono, mail, SMS, etc., es habitual y es preciso legitimarlos como herramientas. En este sentido pienso que implican disponibilidad, noción que entiendo como la condición de

receptividad intelectual (criterios) y emocional (empatía) del analista que incluye a la contratransferencia y da la posibilidad de intervención en relación a su deseo, habilidad y posición ética². Es claro en el caso Elsa como el analista estuvo disponible.

4. El problema de la dependencia: la herramienta sostén del tutor

Traté de soportar las intensas transferencias negativas y aceptar estar ubicado en función de "tutor", como aquellos que se utilizan para posibilitar el crecimiento de una planta en una dirección determinada.

En la medida que exista disponibilidad del analista este cumple una función de tutor que representa el sostén propiamente dicho, donde soporta la transferencia negativa en el sentido que expresamos en el ítem 1. Por otra parte la noción de tutor es uno de los ejes técnicos para promover desarrollos resilientes en personas muy traumatizadas. (Cyrułnik, 2006)

5. El problema de la autorrevelación: la herramienta de la espontaneidad afectiva en marco asimétrico.

Fui aprendiendo que la espontaneidad afectiva del analista –a la que se llega después de años de perder el miedo y sentirse más seguro como profesional- es un ingrediente imprescindible y necesario para posibilitar que el paciente nos escuche y así entonces ejercer nuestro poder como analistas.

La espontaneidad afectiva –está en la antípoda del analista jugador de póker- y adquiere su valor como herramienta correlativa a la asimetría del vínculo, superando la idea de la neutralidad mal entendida. Así es que adquiere poder la intervención como señalamos al describir la herramienta 2. Uno de los problemas es cuando adquiere la forma de autorrevelación, en algunos casos de gran valor terapéutico y en otros de efecto iatrogénico.

Reflexiones finales: la escucha analítica y la ayuda

A veces conviene diferir la cuestión de si acaso estas técnicas son analíticas y focalizarnos más bien en si acaso ellas

² Es decir responderse a tres preguntas: ¿Qué quiero? ¿Qué puedo? ¿Qué debo? con este paciente en particular.

son terapéuticas”.

Gabbard & Westen (2003),

La clínica psicoanalítica actual se desarrolla en un ámbito que implica un cambio fundamental con respecto a otras épocas que consiste en la adaptación del método al paciente (en lugar de la tradición inversa) con una menor preocupación identitaria y una mayor implicación. Esto genera para los analistas cierta pérdida del confort de otras épocas donde obviamente también se trataban pacientes graves con complicaciones de encuadre y diversas intervenciones, pero donde existía un paradigma bastante homogéneo acerca del proceso analítico. El caso Elsa es un buen ejemplo del cambio producido en los analistas donde la noción de aguante – es decir de disponibilidad, sostén y espontaneidad manteniendo la asimetría, produce buenos efectos. En realidad lo que muestra este caso es a un analista con una profunda escucha del paciente y de sí mismo, es decir una verdadera escucha analítica que es la que contextualiza todas las intervenciones. Así es que finalmente puedo afirmar que un paciente muy difícil ha sido ayudado, o sea se ha recuperado para la práctica analítica la verdadera función que tanto le interesaba a los pioneros: ser terapéutica.

Bibliografía

Cyrułnik (2006) *La Maravilla del Dolor. El sentido de la resiliencia.* México DF., Granica.

Freud,S.(1918-19) Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. Obras Completas, Vol.XVII, Buenos Aires, Amorrortu,1986.

Gabbard, G.O.& Westen, D. (2003) Rethinking Therapeutic Action. *Int.J.Psycho-Anal.* , 84, pp. 823-841.

Maria Moliner (1996) *Diccionario de Uso del español*, Gredos, 2nda Edición, Madrid.

Nemirovsky, C. (2013) Reflexiones sobre nuestra práctica. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis-SAP*, 17, pag.76.

Thoma,H & Kachele,H. (1989) *Teoría y práctica del psicoanálisis I. Fundamentos.* Barcelona, Herder Ed.

Zukerfeld,R. (2002) Prejuicios psicoanalíticos. Premio 40° Aniversario AEAPG.
Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados,
28, 215-229,

----- (2012) Yo, Aquiles: sobre la vulnerabilidad, la cólera narcisista y el
complejo de la madre humillada. *Revista de Psicoanálisis,LXIX,1,149-169.*