

XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2023.

Coordenadas imaginarias del trabajo analítico.

Schaikis, Federico.

Cita:

Schaikis, Federico (2023). *Coordenadas imaginarias del trabajo analítico*. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-009/579>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ebes/Pz1>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

COORDENADAS IMAGINARIAS DEL TRABAJO ANALÍTICO

Schaikis, Federico

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Hospital Interzonal de Agudos Evita. Lanús, Argentina.

RESUMEN

Tanto en el trabajo con pacientes psicóticos como con neurosis graves, resulta fundamental la adecuación del encuadre para que al paciente le sea tolerable y encuentre allí alguna utilidad, permitiendo la instalación y continuidad del tratamiento. Principalmente en el momento inicial de la configuración del espacio analítico, diferenciando este de otros espacios y la función del analista en ese momento. Allí donde se buscará que el paciente pueda encontrarle un primer uso al espacio, una utilidad. Así como también encontrar en la persona del analista un oyente válido. Las coordenadas imaginarias serán los elementos clínicos que ordenen el quehacer del analista en este período crucial del tratamiento.

Palabras clave

Uso - Transferencia - Coordenadas - Campo

ABSTRACT

IMAGINARY COORDINATES FOR THE ANALYTIC WORK

Both in the work with psychotic patients and with severe neuroses, it is essential to adjust the setting so that the patient finds it tolerable and can reach some use in it, allowing the installation and continuity of the treatment. Mainly at the initial moment of the configuration of the analytical space, differentiating it from other instances and the function of the analyst at that moment. Where it will be sought that the patient can find a first use for the space, a utility. As well as finding a valid listener in the person of the analyst. The imaginary coordinates will be the clinical elements that clarify the analyst's work in this crucial period of the treatment.

Keywords

Use - Transference - Coordinates - Field

Los análisis transcurren de diversas formas. Son asequibles de ser pensados y divididos en distintos tiempos, las diferentes intervenciones del analista, las resistencias del paciente, las posiciones que estos ocupan. Dentro de las infinitas variables en que se puede inscribir el transcurso de un tratamiento, no hay que dejar de considerar que los análisis efectivamente transcurren. Dicho transcurrir requiere un espacio al cual lo acompaña su temporalidad, su compás, donde se irá marcando lo que puede ser puesto en juego y lo que no. Se irá dando una dinámica impresa sucesivamente en un encadenamiento de diversas escenas: actuadas, recordadas, infantiles, actuales, resignifica-

das; donde analista y paciente jugarán roles variados.

El espacio y sus coordenadas no están establecidas ni mucho menos aseguradas de antemano por el ambiente de un consultorio y la presencia de un analista. No es de cualquier manera que una persona puede entrar a un consultorio y empezar a hablar de su malestar, presuponiendo que ahí va a haber quien lo escuche. No se trata únicamente de una puesta en forma de la demanda. Antes de que aparezca la palabra de un sujeto y mucho antes de que la misma pueda ser puesta en cuestión, tiene que ser posible la articulación una escena, un espacio, un interlocutor (o al menos alguien que escuche) y alguien que hable teniendo algo para decir y donde pueda decirlo, donde eso sea soportable.

Estos requerimientos previos no son obvios ni tampoco se dan de la misma forma en cada caso. Se trata de coordenadas asequibles a ser pensadas, dimensionadas y trabajadas. A su vez, las diversas presentaciones clínicas tendrán distintos modos de ocupar estos espacios, de encarnar estas coordenadas. Resulta importante poder pensar esta primera instancia no como un período previo al análisis, sino como un primer momento, o más aún, como las coordenadas imaginarias primeras en aparecer, pero a las que se volverá una y otra vez en el transcurso del trabajo, sufriendo sucesivas modificaciones.

Transferencia y Escena

Las coordenadas imaginarias no se abordarán únicamente a partir de cómo un paciente llega a la consulta y desde dónde articula su pedido de un tratamiento. Sino que hará alusión también a una de las dimensiones en las cuales ese tratamiento se va desplegando, a los lugares que irá ocupando el analista y por sobre todo, los diferentes *usos* que el paciente podrá hacer del espacio.

Este modo de pensar las coordenadas imaginarias resulta de tomarlas como una dimensión de la transferencia que se pone en juego. En este sentido puede ubicarse una primera aproximación desde la acepción Freudiana de la transferencia como una puesta en escena en la cual se reactualizan los conflictos. En *Recordar Repetir Reelaborar* se articulará la noción de actuar como modo de recordar y dirá que “el primer recurso para domeñar la compulsión a la repetición (...) será el manejo de la transferencia” (Freud, 1914: 152). Esta repetición muda no es plausible de ser interpretada ya que se orienta a lo que en ese tiempo Freud denominó como compulsión a la repetición de carácter pulsional y no como una formación del inconsciente. Esta noción de *manejo de transferencia* marca una posición del

analista en cuanto presencia y se diferencia de una abstinencia pasiva. En Lacan este punto se puede ver complejizado tomando la concepción del fantasma bajo su fase de actuación, no de recuerdo y por lo tanto no asequible a la interpretación. Se trata de una vertiente diferente a la concepción clásica Lacaniana del sujeto supuesto saber que habilita la apertura dialéctica del deseo en la neurosis. La cual puede pensarse como la vertiente más simbólica de la transferencia.

En *Puntualizaciones Sobre el Amor de Transferencia* (1915) Freud continúa avanzando en lo que puede leerse como la vertiente marcadamente imaginaria de la transferencia. Aquí el autor advierte que “acaso todo principiante en el psicoanálisis tema al comienzo las dificultades que le depararán la interpretación de las ocurrencias del paciente y la tarea de reproducir lo reprimido. Pero pronto aprenderá a tenerlas en poco y a convencerse, en cambio, de que las únicas realmente serias son aquellas con las que se tropieza en el manejo de la transferencia” (Freud, 1915: 163). No sólo es remarcable cómo por momentos puede tornarse *motor* del trabajo analítico y en otros su mayor resistencia. Sino también que, más allá de las condiciones en las que surge, Freud lo considera un amor *genuino*. Del mismo modo, en el texto anteriormente citado, dirá que “no debemos tratar su enfermedad (del paciente) como un episodio histórico, sino como un poder actual. Esta condición patológica va entrando pieza por pieza dentro del horizonte y campo de acción de la cura” (Freud, 1914: 153). De aquí lo que extraeremos para seguir avanzando es el carácter *actual* y *genuino* de aquello que acontece en un análisis. Se requerirá gran pericia del analista en su práctica para maniobrar en el tratamiento a partir de una buena lectura de las coordenadas en las cuales se da el proceso analítico.

Inauguración del Espacio y Presencia del Analista

La vertiente imaginaria de la transferencia puede articularse a modo de una puesta en escena. El término de coordenadas aludirá también a un momento anterior, se trata de la instancia inicial de configuración del espacio analítico. Diferenciando este de otros espacios y la función que ocupa el analista allí donde se buscará que el paciente pueda encontrarle un primer uso al espacio, una utilidad. Así como también encontrar en la persona del analista un oyente válido.

La importancia de esta primera instancia del tratamiento puede verse reflejada en el trabajo realizado con A. Paciente que llega derivado desde la guardia de un hospital general a raíz de un primer episodio de descompensación psicótica luego del cual, alternaba entre periodos breves de estabilidad y episodios maníacos con tintes paranoides. Las primeras entrevistas se llevaron adelante con marcadas dificultades de encuadre que se alternaban entre ausencias, tardanzas, interrupciones y llamados a deshora. A se mostraba reticente al tratamiento, refería ser tratado como “loco” por su psiquiatra y su familia y denotaba un marcado nerviosismo.

Durante las primeras entrevistas A desplegaba un discurso sin

ningún tipo de pausa o escansión, plagado de escenas delirantes e interpretaciones paranoides donde resultaba imposible intervenir, marcar algún corte o generar un encuadre que pudiese organizar algo del discurso. Con A no era posible trabajar dando lugar inicialmente al contenido de un discurso direccionado al analista y a partir de allí encontrar desde dónde intervenir. No sólo resultaba imposible ubicar un pedido que puede desdoblarse en demanda, sino que incluso se hallaba ausente la posibilidad de ocupar la posición de interlocutor. Era notorio que A no hablaba al analista, no le contaba las cosas que le estaban pasando, sino que las contaba, hablaba sin destinatario concreto sino más bien por la inercia de un discurso dicho. Colette Soler da cuenta de esta situación al especificar que “en la psicosis no se produce esta condición (...) en que el vector del amor de transferencia va del sujeto al Otro (...) ¿Qué es de la flecha de la libido transferencial en este caso? O bien se repliega autísticamente sobre el sujeto, poniendo término a la relación, o bien la certeza psicótica la supone procediendo del Otro y yendo hacia el sujeto” (Soler, 1989: 49). En las sesiones con A su discurso no estaba dirigido hacia el analista, la flecha de libido transferencial se encontraba replegada sobre sí mismo y en las sesiones no aparecía más que la repetición de ese circuito.

Ante la pregunta por el lugar del analista aparecen rápidamente las maniobras para no quedar capturado en la figura del Otro bajo la forma de la persecución y la erotomanía, así como también las posiciones posibles de testigo e ideal (Soler 1989). Estas respuestas ubican las coordenadas estructurales donde puede posicionarse el analista, es decir, qué lugar puede ocupar el analista dentro de la estructura del sujeto. Las coordenadas imaginarias tienen una función de complemento, marcando no tanto dónde es colocado el analista por parte del paciente, sino más bien los esfuerzos del analista respecto a la creación de un ambiente donde esto pueda ser desplegado. En este sentido Carlos Nemirovsky nos dirá que “si ofrecemos un *setting* que permita crear un medio ambiente “sostenedor”, seguramente específico para cada paciente, permitiremos la vivencia de la esperanza a la que el lúcido autor (*Winnicott*) se refiere y, sin duda, estaremos más cerca de vislumbrar la salud. Al respecto, Winnicott enfatiza el vínculo, vínculo de presencia y disponibilidad necesarias y, consecuentemente, de esperanza” (Nemirovsky, 2007: 94).

Esto permite pensar el quehacer del analista no únicamente a partir de dónde es ubicado por el paciente, desde el lugar de estructura de éste que será llamado a responder o intervenir acatando una posición de abstinencia más pasiva (es decir las coordenadas estructurales que dispone el paciente). Sino también realizar una lectura de lo que el analista activamente propone y busca sostener, la constitución de un ambiente, un espacio en términos materiales y las coordenadas de dicho campo. A esto aluden las coordenadas imaginarias, coordenadas que buscan realizar una cartografía sobre un campo al tiempo que el campo mismo es constituido en conjunto con el paciente y

no únicamente a partir del discurso de éste. Se trata del campo vivo, *genuino* y *actúal*, de la clínica. Su inauguración y sostén tanto por parte del analista como la forma que el paciente tendrá de habitarlo, la dinámica que imprimirá allí y lo que podrá volcar en él. En lo que al analista respecta Nemirovsky afirma que “El terapeuta deberá *ser* y, desde allí, *hacer*, porque si no es auténtico -si su labor no está encarnada en su personalidad- no durará mucho tiempo al frente del tratamiento” (Nemirovsky, 2007: 100).

Los aportes de Winnicott encuentran un punto privilegiado de articulación con los despejes que Lacan aporta al trabajo analítico diferenciando el registro simbólico del imaginario. No a partir de un imaginario que remite siempre a otra representación, sino de un imaginario radicalmente creador, enlazado con un real del goce (sin por ello desacreditar que por momentos pueda tomar la forma del imaginario a modo de una imagen que remite a otra). Allí donde la topología se hace posible resulta válido pensar coordenadas imaginarias. Se trata de un esfuerzo de traducción que posibilite una articulación teórica más fluida para el trabajo clínico.

Coordenadas en Dos Tiempos: Relación y Uso

Así como en un primer momento la posición del analista puede estar pensada en torno a la función de su presencia, allí donde resulta garante de la consistencia de un espacio, el trabajo no deja de tener una dirección. Ésta no se agota en la constitución y sostén de dicho espacio, aunque no será sin esto, sino que desde allí busca volverse un interlocutor válido. Podríamos decir que la dirección se orienta a que el analista pueda realizar un pasaje de la posición de escuchante, activo solamente como garante del espacio, a interlocutor en tanto que su palabra también puede tener un peso allí y producir efectos.

Este primer tiempo en el cual se busca la constitución de un espacio analítico que pueda tomar al analista como garante y sostén de su sustancialidad es plausible de ser articulado a modo de lo que Winnicott describe como *relación de objeto*. Allí donde “el objeto se ha vuelto significativo (...) han actuado mecanismos de proyección e identificación, y el sujeto se ve vaciado en la medida en que parte de él se encuentra en el objeto” (Winnicott, 1971: 147). Se puede pensar una *relación* del paciente tanto con el analista a modo de objeto como con el campo donde éste se pone en juego como pantalla sobre la cual el paciente realiza el ida y vuelta de proyecciones e identificaciones.

El *uso de objeto* será diferente en la medida que este ya no contará a modo de un manojo de proyecciones, sino como objeto que encarna una realidad en sí misma. Sobre esto Winnicott dirá que “lo que existe entre la relación y el uso es la ubicación del objeto, por el sujeto, fuera de la zona de control omnipotente, es decir, su percepción del objeto como fenómeno exterior, no como una entidad proyectiva, y en rigor su reconocimiento como una entidad con derecho propio” (Winnicott, 1971: 150). Se tratará entonces de cómo se ponen en juego diferentes coor-

denadas del objeto dentro del campo.

El pasaje de *relación* al *uso* requiere la destrucción del objeto en la omnipotencia a partir de la pulsión de muerte/destrucción para poder reencontrarlo en la realidad exterior aún vigente y cargado de sus propias características (Winnicott, 1971). Esto dependerá de las capacidades del objeto (el analista en este caso) para sobrevivir a los sucesivos ataques de destructividad. Sobre esto el autor dirá que “cuando se llega a esta etapa, los mecanismos proyectivos colaboran en el acto de percibir qué hay ahí, pero no son la razón de que el objeto se encuentre ahí” (Winnicott, 1971: 151) y agregará que “si estas cosas ocurren en un análisis, el analista, la técnica y el marco analíticos aparecen como sobrevivientes o no de los ataques destructivos del paciente” (Winnicott, 1971: 152). Se trata entonces de que la figura del analista pueda salir, al menos transitoriamente, del campo de omnipotencia del paciente dando lugar a una realidad externa, un campo diferente donde su palabra y existencia poseen otra dimensión.

Este proceso puede verse reflejado en el trabajo con G. Similar a lo sucedido con A, durante las primeras sesiones G despliega un discurso que puede pensarse como delirante, cargado de una infinidad de situaciones terroríficas acontecidas a lo largo de su vida. Sin poder armar una diferenciación de tiempos, lugares, personas, o incluso hechos que ella llama “de este mundo o del otro”. Tanto los tramos más delirantes como aquellos que se podrían pensar verosímiles del relato se encontraban atravesado por un malestar que llevaba a la paciente a poner en duda sus “razones para existir”. Aquellas razones que tocan la noción más íntima de existencia. Durante todo este primer periodo, en las escasas oportunidades en que mi figura formó parte de la escena, fue bajo el modo de una transferencia sumamente erotizada. Las intervenciones se abocaron a sostener la disponibilidad del espacio maniobrando para no caer en la posición de Otro gozador, tolerar los relatos y la angustia que estos desataban e intentar acotar u organizar, de forma muy escueta, algo de aquel relato.

Será desde la enumeración metonímica delirante de tragedias acaecidas en su vida que G podrá formularme una pregunta respecto a uno de sus padecimientos “¿Por qué no puedo dormir?”. Este es el único punto donde ubica al analista por fuera de ese relato como una exterioridad a la cual apelar. Será desde allí que podrá acotar un poco la enumeración previa y empezar a desplegar algunas dificultades y preocupaciones actuales. A partir de esto es que surgen dos problemáticas principales: el estar *sola*, que se relaciona con la reciente mudanza del hijo menor con quien convivía y el *terror* ante una intervención quirúrgica que se encontraba próxima. Será a partir de estas dos problemáticas, fuentes de una ansiedad y angustia desestructurantes, que se organizará el trabajo. G comenzará a hacer *uso* del analista y el espacio terapéutico tanto dentro de las sesiones como fuera de ellas para ubicar ciertos límites a esta angustia que de otro modo arrasa con todo tipo de organización posible.

Las llamadas telefónicas entre sesión y sesión se tornarán frecuentes, todas ellas a partir de angustias desbordantes que ubican un acotamiento en el llamado en sí y no en las “intervenciones” que se hagan dentro de la misma. A su vez, G comienza a percibir como “tolerable” la intervención quirúrgica a partir de que surge la posibilidad de llamar antes y después de esta. Comienza a poder realizar pequeñas planificaciones en lo que refiere estar acompañada durante la intervención (lo cual implicaría una pausa en el estar *sola*) que antes no eran posibles debido a la angustia que surgía ante la idea de la operación. Si bien resulta indudable el *uso* que le da G tanto al espacio analítico como a la presencia del analista, no significa que el sostén del espacio en términos de relación no requiera una posición sumamente activa de parte del analista. Donde las ausencias son corrientes y debe dedicarse un tiempo de cada sesión, a veces prolongado y otras no tanto, a la ya mencionada enumeración de catástrofes personales que conforman su historia de vida. Se trata de coordenadas dinámicas más que de pasajes estructurales que quedan fijados de una vez. Son construidos cada vez, encuentro por encuentro.

BIBLIOGRAFÍA

- Castoriadis, C. (1983). *Las Institución Imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires: Tusquets.
- Freud, S. (1914). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas: Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber) Trabajo sobre la técnica psicoanalítica y otras obras*. (pp. 163-174). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas: Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber). Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras*. (pp. 145-157). Buenos Aires: Amorrortu.
- Miller, J. (2011). *Sutilezas analíticas*. Buenos Aires: Paidós.
- Nemirovsky, C. (2007). *Winnicott y Kohut: la intersubjetividad y los trasfondos complejos*. Buenos Aires: Gramma.
- Soler, C. (1989). *Estudios sobre la psicosis*. Buenos Aires: Manantial.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa Editora.