

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

# Algunos interrogantes en torno a la impotencia.

Agradi, Delfina.

Cita:

*Agradi, Delfina (2022). Algunos interrogantes en torno a la impotencia. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/369>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/5zr>

*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>.*

# ALGUNOS INTERROGANTES EN TORNO A LA IMPOTENCIA

Agradi, Delfina

Hospital Interzonal de Agudos Evita. Lanús, Argentina.

## RESUMEN

El presente escrito invita a reflexionar, desde el lugar de residente de Psicología en ejercicio, acerca de la impotencia. Afectación que atañe a lo íntimo, y con la que frecuentemente nos encontramos quienes ejercemos nuestra práctica como psicólogos/as en el ámbito público de Salud Mental. Tiene como interés pensar un tratamiento posible para la misma, al situar qué no resulta conveniente rechazarla como tampoco ejercer nuestra función desde allí. Con este propósito, se retoma lo elaborado por Freud respecto de lo imposible en la profesión de analizar y, se propone, siguiendo la enseñanza Lacaniana, un contrapunto entre impotencia e imposibilidad. Se sitúan las coordenadas de la posición analista en el pasaje de impotencia a imposibilidad. En esta dirección, se abren interrogantes respecto de la aptitud del analista y su formación académica, para en último término poner de relieve que el padecimiento que oímos no se deja abordar a la velocidad que conviene al analista, por lo cual se señala la importancia, del lado del analista, de soportar y alojar ese tiempo otro al que invitan los pacientes o las distintas situaciones clínicas.

## Palabras clave

Impotencia - Imposibilidad - Posición analista - Tiempo

## ABSTRACT

SOME QUESTIONS REVOLVING AROUND THE NOTION OF IMPOTENCE  
This paper invites us to reflect, from the place of a resident of Psychology in practice, about impotence. Affectation that concerns the intimate, and with which we often find those who exercise this practice as psychologists in the public field of Mental Health. This requires us to think of a possible treatment for it, by reflection on the fact that is neither convenient to reject impotence nor to exercise our function from there. To this end, what Freud elaborated regarding the impossible in the profession of analyzing is taken into account, and following the Lacanian teaching, a counterpoint between impotence and impossibility is proposed. The coordinates of the analyst position are located in the passage from impotence to impossibility. In this direction, questions are opened as regards the aptitude of the analyst and his academic training, to ultimately accentuate that the suffering that is heard does not adjust to what suits the analyst, so I point out the importance, on the side of the analyst, of withstanding and hosting different timings patients or the different clinical situations might require.

## Keywords

Impotence - Impossibility - Analyst position - Time

## Acerca de la impotencia:

Aquella sensación sobre la cual, quienes ejercen prácticas clínicas en el ámbito público de Salud (con mayor precisión: Salud Mental), no están exentos de conocer o haber conocido alguna vez.

Sensación que se encuentra, muchas veces, cuando las intervenciones (desde el lugar de psicólogos/as, agentes de salud, analistas) no logran dar respuesta a lo que aqueja a quien consulta. Cuando se percibe que los intentos y apuestas son insuficientes en aliviar algo del padecimiento que se registra en la escucha. También cuando se encuentran dificultades en llevar a cabo articulaciones con otros puntos de la red del sistema de Salud; cuando no se poseen turnos, es decir, disponibilidad para tomar en tratamiento a quienes lo solicitan. Son variadas las situaciones en las que es posible sentir impotencia; ante distintas presentaciones, pacientes y en los diversos dispositivos de atención en los cuales se lleva a cabo la tarea analítica.

Interesa situar que dicha afectación es de tenor personal. De hacerlo, hace su aparición en cada uno: uno a uno. Una afectación que atañe a lo íntimo: se encarna en un cuerpo y se toma noticia de ella por sus múltiples y variadas traducciones posibles. La impotencia encontrará, para cada quien, modos diversos y singulares de expresarse: frustración, enojo, desgano, hastío, queja, angustia (por nombrar algunos posibles).

El diccionario de la Real Academia Española la define como: "Falta de fuerza, poder o competencia para realizar una cosa, hacer que suceda o ponerle resistencia". Es decir, cuando quien lleva adelante el tratamiento se encuentra despojado de la "cualidad de poder" (para alcanzar los resultados que se perciben convenientes al interior del tratamiento o situación clínica), cuando las intenciones se topan con obstáculos que, frecuentemente, no dependen del analista, es cuando está afectación es proclive a aparecer.

Sensación de algo que excede. Lo que si se encuentra allí (penosamente, muchas veces) es un límite. ¿Un límite a qué? ¿Límite en la tarea? y/o ¿Límite en la función analista?

A continuación un breve comentario acerca de las coordenadas de un caso, a partir del cual se decidió ahondar en la cuestión de la impotencia y que permitirá abrir y poner en juego otros interrogantes.

Es el caso de una paciente, mujer de 32 años, que se encuentra en tratamiento por psicología hace ya siete meses en el marco del Dispositivo Transicional. Dispositivo creado en 2006 en el

H.I.G.A Evita de Lanús, con la decisión de alojar y brindar tratamiento por consultorios externos a pacientes externados de la sala de Psiquiatría.

Es un caso que reviste cierta gravedad. ¿En qué punto lo grave? En el punto en que manifiesta tener episodios de agresividad hacía su pareja, como también hacia su hijo mayor. Comportamiento a repetición que se le vuelve un tanto penoso una vez realizado pero que expresa no poder dejar de reiterar. No comprende por qué lo hace pero tampoco puede dejar de hacerlo. Se escucha cierta incomodidad y denuncia hacía su familia por ubicarla en el lugar de “loca”, a la par que ella confirma ese lugar con sus reiterados actos y dichos, en sus palabras: “es que me vuelvo loca”.

La gravedad también se ubica en el punto en que resulta difícil la puesta en marcha de un tratamiento, es decir, la vía del trabajo significativo (vía adecuada y privilegiada, desde el psicoanálisis Lacaniano, para dar curso a un análisis) se ve obstaculizada. Las dificultades se presentan en las numerosas ausencias de la paciente a los turnos pactados como también y, este es un punto importante, en el establecimiento de la relación psicoanalítica: la transferencia. Es decir, en este caso: la paciente se presenta en posición de objeto. No ocupa el lugar por excelencia del sujeto en análisis, que es el lugar del sujeto dividido, del sujeto de la asociación libre. Es alguien que se presenta casi sin preguntas, que no pone en cuestión su posición en el drama del que testimonia. Siguiendo los desarrollos de Diana Rabinovich (1992): “Nos encontramos con alguien que hace consistente al Otro, a través de su ‘personaje’. Su ‘personaje’, su character, está destinado a transformar al Otro en consistente y, por lo mismo, a ocultar su inconsistencia” (p.63).

Las intervenciones que se llevaron a cabo fueron (y actualmente continúan) enmarcadas en un trabajo previo, necesario, que apunta a conmovir algo de la disociación entre su comportamiento a repetición y de lo penoso e incómodo que de ello le vuelve. Este esfuerzo, en palabras de Diana Rabinovich, “implicaría que (estos pacientes) puedan perder algo de esa ganancia que les da la posición de objeto para que el análisis pueda ser iniciado.” (p.66).

Y es aquí, respecto de las intervenciones realizadas, que se retoma la cuestión de la impotencia. Allí es plausible ubicar, en este recorte clínico, la aparición de esta afectación del lado analista. Desgano, tedio y un apresuramiento por querer encontrar un modo de intervenir que resulte eficaz al propósito de cierto aliviamiento de su padecimiento.

La cosa no marchaba, en el tratamiento, como se supone desde la formación académica. Sensación de algo difícil de conmovir por la vía significativa; por más intentos, señalamientos, e interpretaciones elocuentes y bien formuladas desde la teoría, la división (o implicación) del sujeto brillaba por su ausencia

### ¿Un tratamiento posible para la impotencia?

¿Qué tratamiento posible para aquello que desalienta, que hace vacilar, que se vuelve obstáculo?

Se introduce aquí una pregunta: ¿No es la impotencia el reverso de un anhelo de potencia? Y cualquiera sea aquel anhelo, ¿no pertenece al terreno de lo fantasmático? De lo fantasmáticamente propio.

Señalar que la procedencia de la impotencia es fantasmática es una cuestión central, ya que, sin dudas, intervenir desde este estado no resulta conveniente. ¿Y por qué no lo sería?

Se recuerda en este punto el pago imaginario, que Lacan (1953) sitúa en “La dirección de la cura y los principios de su poder”, que debe tener lugar del lado analista. Se paga con la persona, a razón de estar desposeído de ella, de sus juicios íntimos.

No se la rechaza, no es la abstinencia la posición a adoptar respecto a ella. Optar por este camino ¿no hablaría de un rechazo? ¿De una expulsión? Para volverla a encontrar en las intervenciones analíticas.

En la clínica, se tropieza una y otra vez con eso que no funciona, que no hay, que no alcanza. ¿cómo hacer de esta impotencia algo no detenido, algo distinto a un estado permanente?

Interrogar la impotencia, hacerle lugar cuando esta visita al analista, para intentar sobre ella otra operación: suerte de desplazamiento hacía otra construcción posible.

### Hacia la imposibilidad:

La impotencia no es el imposible del que habló Freud respecto de la profesión que aquí se trata: psicoanalizar. Diferenciar estas nociones: impotencia e imposibilidad, quizás permita alcanzar cierta claridad en el asunto.

Freud (1937), en el apartado VI de Análisis terminable e interminable, sitúa tres profesiones imposibles: psicoanalizar, educar y gobernar.

“Y hasta pareciera que analizar sería la tercera de aquellas profesiones «imposibles» en que se puede dar anticipadamente por cierta la insuficiencia del resultado. Las otras dos, ya de antiguo consabidas, son el educar y el gobernar. No puede pedirse, es evidente, que el futuro analista sea un hombre perfecto antes de empeñarse en el análisis, esto es, que sólo abracen esa profesión personas de tan alto y tan raro acabamiento.” (p.250).

La imposibilidad de la profesión queda ligada a la insuficiencia de los resultados. Insuficiencia que resulta interesante poner en consonancia con la orientación Lacaniana que insta hacía la imposibilidad lógica. En el seminario “...o peor” Lacan (1971-72) sitúa que: “Se trata en el psicoanálisis “de elevar la impotencia (la que da la razón del fantasma) a la imposibilidad lógica (la que encarna lo real)” (p.236). Es decir, hallar ese punto de insuficiencia es estructural, *se puede dar por anticipado*, la cuestión está en poner de relieve que de ningún modo esto implica que los resultados sean inexistentes.

Más aún, conviene subrayar el “*sé trata*” del comienzo de la cita de Lacan para leerlo en una doble vertiente; por un lado,

cómo ya fue explicitado: es en lo que consiste un psicoanálisis, vérselas con la imposibilidad lógica, es decir, la orientación por lo real. Pero a su vez, ese “*se trata*” da la pista de una operación no acabada, hecha de intentos. Se trata una y otra vez de perseguir esa lógica.

Por lo tanto, ¿es posible pensar que está operación no acabada atañe a la posición de analista? ¿Las coordenadas (desde el psicoanálisis) de la posición analista no se configuran en este pasaje de impotencia a imposible?

¿Acaso el deseo que es sabido anida allí, que invita una y otra vez a dar batalla en ese tratamiento, no es la impotencia destilada y re-configurada en lo que engendra un motor? ¿El agujero, lo que no hay, devenido posibilidad(es)?

Una nueva referencia en Freud (1915); en su escrito técnico, “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia” sitúa al *Furor sarandi*: suerte de apresuramiento en querer sanar, en querer concluir, a la par que aconseja avanzar con cautela, de manera anoticiada acerca de las consecuencias de perseguir este ideal. Entonces, en relación a lo anteriormente expuesto, ¿No sería razonable pensar que dar tratamiento a la impotencia corresponde con dar tratamiento a este *furor sarandi*?

Cuestiones todas concernientes a la posición analista. Posición o lugar que, aquí se entiende, comporta cierta cuota de revisión permanente, de trabajo y/o construcción.

#### **Formación (académica), construcción y hospitalidad:**

Se retoma el caso anteriormente comentado, donde las intervenciones que buscaban hacer surgir la implicación del sujeto resultaban infructuosas. Se retoma en el punto en el cual despertó, en la analista, cierta sensación de insuficiencia con respecto al marco teórico, y las herramientas aprendidas para operar a partir de este.

En el escrito ya citado, “Análisis terminable e interminable”, más adelante, Freud (1937) fórmula: “¿Dónde y cómo adquiriría el pobre diablo aquella aptitud que le hace falta en su profesión?” (p.250).

Lo que es señalado en relación a la aptitud del analista es que esta debe adquirirse, siendo así: ¿De qué se trata este “adquirir”? Para intentar alguna respuesta, se introducirá una referencia a Marcelo Barros (2014) en relación a la formación académica del analista:

“Schopenhauer dice qué la enseñanza de los maestros no nos enseña nada a menos que nos apropiamos de ella. Él se apoya también en la conocida cita de Goethe (“lo qué de tus padres has heredado, adquiérela para qué sea tuyo”). Recurre además a una figura interesante. Nos dice qué la erudición qué tomamos del maestro cómo mera herencia sería una suerte de postizo, de prótesis o adorno. En cambio, el saber qué hemos sabido conquistar, aquel del qué nos hemos apropiado, es cómo un miembro viviente de nuestro cuerpo” (p.22) Agrega: “...el “adquirir” qué aparece en la frase de Goethe no es una mera toma de posesión de hecho, sino que implica una conquista, un acto.”

Hay algo que excede lo que puede aprenderse en los medios académicos. Hay algo que no brinda el haber atravesado una carrera universitaria, ni todos los conceptos aprendidos, ni las horas de lectura. De allí que lo aprendido deba ser apropiado, ajustado a cada caso, cada momento; a través de la experiencia en cada tratamiento, uno a uno, para que ello pueda resultar en un *adquirir*.

El padecimiento que se oye en el discurso del paciente no se deja abordar a la velocidad que conviene al analista (a su prisa, a los requerimientos institucionales, a sus hipótesis teóricas). Darle lugar a ese tiempo otro, permitir su despliegue, colabora en abrir el juego hacia otra escucha, y desde ahí, otras intervenciones posibles.

“Es difícil entender algo de la exactitud de una palabra sin apreciar la medida de su paso, es decir, de su ritmo y del tiempo que se necesita para decirla”, escribe Anne Dufourmantelle (1997) en su comentario acerca del Seminario “La Hospitalidad” de Derrida. Allí se trabaja la relación con el otro, con el extranjero, con el recién llegado. Quien consulta, quien se convertirá en paciente. En este encuentro ambos son huéspedes, invitados. Analista y paciente, ambos son los que llegan. A ambos les atañe un primer trabajo de posicionamiento, de construcción

Y, acaso, ¿No es a *la medida de su paso* a lo que debe atenerse un analista? No pasar por alto el ritmo y el tiempo íntimo que cada cual necesita para decir alguna palabra, ello no lo enseña la teoría (tampoco tendría como: la excede).

#### **Entonces, para concluir:**

Se citarán algunas palabras de Daniel Ripesi, oídas en una entrevista radial:

“Winnicott propone una teoría que se deja usar, que plantea ingredientes clínicos y éticos. La capacidad de espera del analista, de no precipitarse. De respetar, en el juego de las escondidas, todo el tiempo que el paciente quiera estar escondido -que no necesariamente es estar escondido- es modular una presencia para el contacto”.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Barros, M. (2014) Intervención sobre el nombre del padre. Buenos Aires. Grama Ediciones.
- Freud, S (1937) Análisis Terminable e Interminable. En Obras Completas. Vol. 23. Buenos Aires. Amorrortu Editores. 1989.
- Freud, S. (1914) Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III).
- Derrida, J., Dufourmantelle, A. (1997) La Hospitalidad. Buenos Aires. Ediciones de La Flor.
- Lacan, J. (1971-72) ...O peor. Buenos Aires. Paidós.
- Rabinovich, D. (1992) Una clínica de la pulsión: las impulsiones. Buenos Aires. Manantial.
- Ripesi, D. (2022) [https://www.youtube.com/watch?v=sLmnox7nkcA&ab\\_channel=Radiofon%C3%ADayPsicoan%C3%A1lisis](https://www.youtube.com/watch?v=sLmnox7nkcA&ab_channel=Radiofon%C3%ADayPsicoan%C3%A1lisis)