

Teórico II (18-4-2007)

La vez pasada casi al final, mostré un dibujo para marcar -de una manera muy rápida- la diversidad de cosas que tenemos que leer, que tenemos que aprender a leer. No solo poder leer e interpretar relatos, sino también leer e interpretar dibujos, escenas de juego o acto de juego. Hay una complejidad de cuestiones. Concomitantemente hay otro material que no alcance a dar, y voy a empezar con él. Es también un material muy breve y también ahonda la complejidad en la otra punta, en el otro extremo. Se trata de una paciente, una chica de 13/ 14 años, bastante perturbada, digamos. La cuestión es la siguiente: al analista le llama la atención la repetición de ciertas situaciones, donde ella - muy desde un rincón, en una postura especial- empieza a insultar. Pero no es solo insultarlo, no solo le dice palabras insultantes, sino que aparecen otras palabras, pero usadas de la misma manera. Además, el analista recuerda que los padres le han contado, que en la casa ella tiene frecuentes situaciones así, en donde los trata de esta manera. Ahora, lo que nos interesa ver es lo siguiente, justamente ahí hay un comportamiento en principio verbal, pero lo que al analista le da para pensar en esa situación, (este es un material que trae a la supervisión), es la *cualidad* de ese verbal. Porque no basta con decir que algo es de palabra, sino que calidad tiene ahí esa palabra. Por lo pronto, lo que el analista puede ver bastante fácilmente, es que ahí los significados no cuentan mayormente. Ella usa tanto términos que ahí pueden tener un significado injurioso como otras palabras que están como totalmente fuera de contexto. Pero también en un segundo momento, se podría ver que lo que llamamos *significante*, o secuencia significativa, como lo que Freud llamaba como secuencia asociativa por sonido, tampoco ahí funciona. No se puede hacer un encadenamiento por ese lado. Lo que lleva a que la *cualidad* ahí de la palabra, el analista lo dice así como en términos caseros: “es un proyectil musical”. A él le impresiona en estas escenas como la palabra, mas allá del insulto, tiene una cualidad de piedra que se arroja. Es lo mismo que si ella tirara con cosas, cosa que esta chica también en algunos momentos hace, arrojar objetos. Para esta cualidad proyectil de la palabra, lo esencial, es algo que no es ni el significante, ni el significado, sino el uso musical ahí. Lo que vale allí, es la voz con la que se arroja la palabra. Lo incisivo de la voz, la música de la palabra, en cuanto a la intensidad y el ritmo, que es de pronto desenfrenado, de pronto acelerado, de pronto obstinado con la que ella maneja ahí la voz para arrojar estas cosas. Es un material muy interesante, interesante además, la sutileza con que el colega lo pudo pensar porque nos muestra que es muy insuficiente si nos quedamos, por ejemplo, con “hablo”, porque: ¿Cuál es la cualidad de esa palabra?. Un paciente nos habla en el plano mas del significado, cuando nos narra una cosa puntual, por ejemplo: “hoy en la escuela tal cosa”. En otro plano podemos detectar lo que llamamos *significante* o puntos asociativos privilegiados. En otro plano tenemos la musicalidad de la palabra que es un elemento que a vez - intuitivamente incluso y sin demasiada teorización- cualquier terapeuta de cualquier corriente teórica se apoya mas en el tono de voz con el que el paciente dice algo. O en la intensidad de voz con que lo dijo. O por ejemplo, el ritmo en que habla. Supongamos cuando vemos un paciente que alternativamente hable muy lento o muy aceleradamente. Muchas veces el analista se basa mas en ese plano que sería el menor desarrollado teóricamente por el psicoanálisis, y que por mi parte he tratado de llevarlo un poco adelante. Sería el plano musical, que no es el plano lingüístico. Muchas veces el analista se apoya mas en el plano musical que en el lingüístico, y además esto es más importante con ciertos pacientes. Pasa con pacientes adultos, pero también con pacientes ya de edad escolar avanzada, que han neutralizado bastante la música de su

voz y están como más controladas y el paciente es mas o menos “mustio” en términos musicales. Eso depende del paciente, y del momento. Pero lo cierto es que tenemos 3 planos y no uno. Y decir simplemente “la palabra”, no nos esclarece. Por ejemplo, en el caso de esta chica, ahí hay una pregunta: ¿Que estatuto tiene esta palabra tan violenta, esta palabra proyectil? No es el mismo tipo de palabra que la de alguien que nos cuenta un sueño, o la de un chico haciendo voces distintas en un juego. Pongamos un caso y tomo, a propósito, el material de una paciente adulto para ver esto. Un paciente me cuenta repetidamente, en distintos momentos de distintas sesiones, ciertas cosas que serian como lo que llamamos “ideas obsesivas”. Ideas que irrumpen. Como algo que irrumpe y le dice tal cosa. En principio cosas que lo interfieren como ideas que vienen a molestar, a evaluarlo negativamente: “hiciste esto mal”, por ejemplo. El punto sobre el cual, poco a poco, me va llamando la atención es que cuando él dice esto, cuando él me cuenta las ideas como dramáticamente, como quien cuenta un dialogo: *cambia la voz*. Las cuanta en otro tono de voz que no es la voz de él. Lo cual me lleva a llamarle la atención sobre esto que no había reparado. Él hacia esto espontáneamente sin darse cuenta del asunto. Y le pregunto: ¿De quien es esa voz?. ¿A quien él podía remitir esa voz? ¿A que voz se parece esa voz? Esto lleva a un esclarecimiento muy importante cuando él puede filiar de donde es la procedencia de esa voz. En un caso así, quedarse en el análisis de los sentidos de lo que la voz dice o quedarse en el análisis de ciertas asociaciones significantes, puede no llevarnos nunca a ningún lado y ser totalmente inútil. Una vez esclarecido lo de la voz no, esto puede ser interesante. Esto no ocurre en todos los casos, en otros caso no ocurre eso, pero ocurre mucho. Y los terapeutas, incluso los que no son psicoanalistas de formación, intuitivamente -salvo que sea un terapeuta muy estrecho y muy rígido- le va a prestar mucha atención a la voz del paciente. Por ahí también había marcado otra regla, que el logocentrismo al que hacia referencia el otro día olvidó, que es que la relación que había entre lo que el paciente decía y la expresión facial. Freud se fijaba si la expresión facial del paciente, el afecto que había en el rostro, armonizaba o no con lo que el paciente decía o no, en plano del contenido semántico. Sacando de eso conclusiones para interpretar porque a veces lo más interesante puede justamente ser la relación entre el rostro y lo que se dice. Como otras veces lo interesante puede estar entre lo que se cuenta y la música de lo que se cuenta. Por ejemplo, un paciente nos cuenta algo que suponemos muy doloroso o muy jubiloso y lo cuenta en una voz totalmente neutra, monocorde, donde no registro afectos. Hay toda una cuestión ahí que indica los estatutos de la palabra, en esos tres planos: *semánticos tradicional del significado, del significante y de lo musical*. El tipo de palabra que el paciente maneja: ¿Cuál maneja? Y ¿Cual es relación de la palabra con otras manifestaciones ahí?. El paciente puede estar haciendo algo que contradice lo que esta diciendo. Por ejemplo, un paciente puede estar manifestándose en un sentido y nosotros ver que ciertos gestos que esta haciendo con la mano o con el pie o cierta cosa que esta apretando con la mano o rompiendo, entra en conflicto con lo que pretende decir. Y lo mismo cuando hay un acto fallido en el curso de la sesión, que no es un acto verbal, no me refiero al *lapsus* sino al *acto fallido* como tal: el paciente entra y se le cae todo o nos pisa. Otro caso también muy interesante para estudiar el estatuto de la palabra es las ecolalias El hablar ecolálico en donde más se lo puede encontrar es en patologías de tipo autísticas, aunque se encuentra también en otras patologías. El habla como eco, como un grabador que graba cosas, como un habla desubjetivada pero con toda la complejidad y la sintaxis necesaria. Es como un grabador y sería entonces muy ingenuo alegrarse porque "habla". Porque es un habla no comunicativa que no se dirige a nadie, un habla impersonal que va a haber que romper para que pueda llegarse, con suerte o otro tipo de palabra, por ejemplo que se dirija a alguien cuando habla. Sin llegar

a esto hay muchos pacientes que tienen un habla impersonal sobre la que hay que trabajar. De manera que la cuestión de que además de que no alcanza con la palabra en la psicoterapia, -menos con chicos y adolescentes- la cuestión misma de lo verbal es muy compleja y tiene muchas capas y hay que encararla de varias perspectivas, lo cual obliga a movilizar distintas concepciones.

Me interesaba este material porque hace un juego con el otro. En un caso no hay nada de palabra y en el otro hay un uso especial de la palabra que debo separar ahí de otros usos. Como en esos casos de disociación de la personalidad donde hay dos hablas diferentes según quien sea la que esta hablando. Dos hablas diferentes, con tonos diferentes, estilos elocutivos diferentes, vocabulario diferente. Por ejemplo en un caso una voz muy culta y educada; en otro caso un vocabulario “zoes” y una manera de hablar extremadamente guaranga. En la misma persona, alternativamente. Es una cuestión muy compleja y aunque no lo sepa en la terapia, uno esta muy atento a los aspectos musicales.

En todo esto que vine desarrollando, podemos desembocar ahora en una, - que si quiero decir una proposición provocativa seria así- “*la teoría psicoanalítica en cuanto tal no sirve para nada*”. Enseguida vamos a especificar esto, a que voy, a que apunto. Si alguien piensa que para ser psicoanalista basta con aprender una teoría y saberla decir esta equivocado. Había un colega amigo mío, ya fallecido, que hablaba de “los que sabían decir pero no sabían hacer”. El estudiante puede, por distintos problemas de formación, -y no solo imputables a él- caer muy fácilmente es eso, aprender un vocabulario teórico. Eso no sirve para nada en principio, si uno no sabe hacer, la mejor teoría es punto muerto. Un ejemplo comparativo muy claro es el ejemplo de la música. Yo tengo una partitura musical. Si yo la toco mal y no la sé interpretar y toco un tango con ritmo irreconocible de tango, la partitura no sirve para nada. La partitura sin el interprete, la partitura depende ahí de como el interprete la maneja. A veces pasa casi lo contrario, que una música no tan buena se valoriza por lo bien que es tocada o cantada por alguien. La interpretación de la partitura es decisiva. La partitura en sí mismo es como decir “si que lindo texto la novena sinfonía de Bethobeen”, pero es letra muerta si no se la toca y se la canta bien y eso va para cualquier música. Lo mismo vale para las teorías. La cuestión no es la teoría sino la relación que tengamos con esa teoría y el uso que hagamos de ella o “ellas”, porque marcaba la vez pasada que lo mejor era ir y venir, entrar y salir, no quedar encerrado en una teoría.

Además hay otro punto que hoy quiero llegar. Yo vengo trabajando en conceptualizar lo que llamo la “actitud psicoanalítica” diferenciándola de la “teorización psicoanalítica”. La tesis que voy a sostener es que la *actitud psicoanalítica* es algo distinta y relativamente independiente de la formación teórica psicoanalítica, sea cual sea. Por supuesto, la primera salvedad es que esto no esta hecho para desvaloriza el formarse teóricamente. El formarse teóricamente es muy importante y es una dimensión irrenunciable cual la cual caeríamos en un empirismo grosero, en una inevitable cosa que en Bs. As se llama “chanta”, en una improvisación. Pero la teoría sola no basta. Empezando por esto: ¿Que relación tengo con la teoría y como la pueda utilizar?. La teoría es una herramienta, y en una mano que no la sabe manejar no sirve. La mejor computadora para quien no la sabe utilizar es inútil. Pero además esto que yo llamo “actitud psicoanalítica” que es una *posición subjetiva* del terapeuta, aunque a veces la tenga alguien que no es analista, ya que va mas allá de la teoría. Es una actitud hasta cierto grado, una variable independiente de la formación y no mero efecto de ella y por otra parte diría que la actitud psicoanalítica -en la historia de la formación del psicoanálisis como disciplina- es un poco previa y anterior a la teoría. La actitud nace un poquito antes que la teoría. En buena parte la teoría viene de la actitud. La actitud

psicoanalítica también implica la actitud frente a la teoría que es muy compleja y muy decisiva en el trabajo. Lo más complejo de eso, es que no se puede aprender académicamente memorizando cosas, como si uno memorizara la “identificación” en Freud o Lacan o el concepto de “posición depresiva” en Melany Klein o en concepto que fuere, la actitud se adquiere a través de rodeo y no a través de una enseñanza frontal. Pero vamos al punto, en lo que podemos decir los años de prehistoria del psicoanálisis a fines del siglo XIX -especialmente en los últimos 5 años, entre 1894 y 1900 en un periodo que culmina con la aparición de la interpretación de los sueños y con eso una especie de emergencia oficial del psicoanálisis- en esos años se puede leer, y rastrear perfectamente en una investigación histórica textual, como se gesta la actitud psicoanalítica y como esa actitud es previa a la teoría psicoanalítica propiamente dicha. Esquematizando pasos: renuncia de Freud a la hipnosis como método terapéutico. La hipnosis justamente suponía un estado extremadamente pasivo del paciente con alteración de la conciencia y como método era un método plenamente sugestivo, se basa en la autoridad e impronta de la autoridad médica sobre el paciente respecto a que suprima cierto síntoma. Como Freud marca en ese momento que uno de los aspectos más insatisfactorios de la hipnosis es que impide cualquier investigación, porque de lo que se trata es de curar algo no de estudiarlo sino de dar una orden en estado hipnótico. Además de los resultados, relativamente insatisfactorios de estos tratamientos están estos puntos, y aunque fuera satisfactorio, porque la hipnosis puede ser también muy satisfactoria como tratamiento y hoy día se la vuelve a usar en muchas cosas, pero el punto no es si da resultado o no sino que posición subjetiva implica: la actividad del médico y la pasividad del paciente. Pasividad extrema porque el paciente está como si estuviera con una anestesia por una cirugía, está en un estado donde no dispone de su conciencia vigil. Siguiendo paso: Freud opta entonces por un método que es pedirle al paciente, metódicamente, lo que él llama asociaciones sobre cada elemento de su síntoma. “Tal síntoma que asocia, tal otro que asocia” Este método tiene al paciente despierto y le pide que trabaje un poco, nos obstante condiciona o acota o recorta ese trabajo. Es muy interesante y por lo general no se dice, aunque Freud lo escribe con toda claridad, que son los pacientes los que rompen este método. Las principales innovaciones que dan lugar a lo que hoy llamamos Psicoanálisis las hacen los pacientes ahí. Los pacientes empiezan a no respetar esa consigna y a hablar de cosas por afuera del síntoma y además empiezan a hacer otras cosas que a Freud le llaman la atención, como por ejemplo traer sueños espontáneamente. El interés de Freud por los sueños no viene de él, sino que sus pacientes le despertaron su atención por los sueños y a que relación podía haber entonces entre los sueños y los síntomas que tenían y después Freud después empezó a hacer la hipótesis de haber si el análisis de los sueños esclarecía cosas que le pasaban al paciente que no se podían esclarecer con otros materiales. Pero la apertura del asunto la hacen los pacientes y la habilidad ahí principal de Freud es justamente no reprimir esto, desde una posición de autoridad médica decir: “no usted está violando la consigna, no me interesan sus sueños” como en lo que llamamos entrevista dirigida, la entrevista médica. A los médicos no les gusta que les contemos muchas cosas, sobretodo si tiene poco tiempo y quieren que vayamos al grano y cuanto menos hablemos mejor. Muchos médicos mientras hablamos están escribiendo, atendiendo el teléfono y recentando algo. Ojo no todos los médicos, pero digo esto deriva de una cierta posición médica, donde se dirige la entrevista. Bueno, según el síntoma le va a preguntar esto, lo otro. Todo el método propiamente clínico del médico y del psicólogo cuando hace entrevistas dirigidas o semi-dirigidas, cuando toma Tests va a insistir: ‘no, no ahora no me hables de cualquier cosa, dibujame una casa’ o “dibujame tu familia”. Entonces es interesante además de toda la necesidad de inventar

siempre figuras paternas todopoderosas, hace que habitualmente la invención del psicoanálisis se le asigne a Freud, pero además que hay otras personas involucradas en el asunto, hay muchos pacientes involucrados en el asunto, es una creación colectiva. Como diría Winnicott es un “entre”, es entre Freud y los pacientes es merito de uno como de otro y esto va a tener muchas consecuencias para la actitud psicoanalítica. Los pacientes empiezan entonces a hacer estas cosas y Freud las va aceptando. Se llega entonces al tercer paso, diríamos que es lo que propiamente llamamos psicoanálisis hoy, de cualquier tipo. Renunciar a cualquier consigna previa por parte del medico. No fijar tema, no iniciar él la entrevista preguntando por cosas como: “hábleme de esto o lo otro”. No dirigir la entrevista o la sesión con preguntas y a los pacientes darle la consigna, justamente en concordancia con esto: “Trate de hablar todo lo que se le ocurre” y si es un chico se le dice: “acá hay cosas para jugar, jugar con lo que quieras como vos quieras, y si quieres dibujar dibuja lo que quieras”, no le pido al chico dibujos, pero le dejo ahí tizas, papel. Si él me pregunta “¿Qué dibujo?” Ahí le digo “dibuja lo que quieras”. No le voy a decir dibujame a tu papá o tal o cual cosa. A eso se le va a llamar, de una manera anticuada que hoy podemos llamar de otra manera, asociación libre. De lo que esta libre es de la autoridad del medico, de la idea de que hay alguien que sabe y que tiene que dirigir la entrevista. El asunto tiene muchos más matices, consecuencias e importancia que lo que Freud mismo en ese momento podía entrever, porque implicaba un cambio en muchas cosas. Primero mas que asociación libre, es una apuesta a la producción del paciente, lo mas libre posible de interferencias. Interferencias de todo tipo: interferencias del medico o psicólogo que ahí este queriendo orientar la cosa, interferencias por parte del paciente “que esto me da vergüenza o de esto no me gusta hablar o que va a pensar de mí si hago este dibujo, como me va a evaluar”. Se trata de suspender en lo posible interferencia, apostando a la producción del paciente y a que la producción del paciente con el tiempo va a ser la que me va a permitir trabajar. Esa es le como propiamente dijo, la clave numero 1, la base de la “actitud psicoanalítica”. No es una técnica, como bien decían Lacan y Winnicott, no se trataba de técnica, es una posición subjetiva distinta. Un cambio de posición subjetiva del terapeuta y por lo tanto del paciente. El paciente ya no esta en posición pasiva por eso los pacientes que tienen muchos rasgos de pasividad se llevan muy mal con este tipo de entrevistas. Tengo un adolescente que viene a verme de 18 años se sienta, y me mira con cara de “cuando empieza esto”. “Bueno”, le digo, como una invitación a que me cuente a que viene. Me dice dos palabras y después me dice que él va a estar más cómodo si yo le hago preguntas, un sistema de preguntas y respuestas. Con el tiempo yo le voy a poder decir: “esta es tu actitud ante la vida, vos nunca tomas la iniciativa”. Con esa manera de funcionar no es extraño que uno de sus síntomas sea, por ejemplo, una inhibición muy marcada para acercarse al otro sexo, porque él esperaría que viniera una chica e hiciera todo el trabajo. Es esa posición alguien se lleva mal con el psicoanálisis, no le gusta, dice: “no me dijo nada, tuve que hablar yo” y sobre todo eso de “no me organizo la entrevista”. Hay chicos que dicen: “Decime vos que tengo de dibujar o a que juego” tratan en eso casos de reducir la entrevista o una situación escolar, situación a la que esta acostumbrado. Además el chico esta muy acostumbrado a que el adulto le organice y le moldee las cosas. Es notable cual rápido los chicos cazan al vuelo de que se trata, muchos chicos se ubican con mucha mas rapidez en lo que es una entrevista psicoanalítica o sesión que los grandes, porque enseguida se da cuenta: “esto no es el cole ni mi casa”. Entonces acá el chico diría: “puedo hacer lo que quiero”. En ese sentido aparece la idea de libertad, no porque yo puedo pensar lo que quiero en el sentido conciente de dirigirlo con la conciencia, porque también la productividad del paciente implica apostar por una productividad que no este regulada por su conciencia

crítica. Usted no piense de antemano, “esto es importante, lo cuento, esto no tiene valor no lo cuento” eso no lo tiene que hacer. Por supuesto es una norma a la cual se trampea constantemente. Es más fácil de decir que de hacer. Por parte del analista, Freud lo que va a prescribir es lo que él va a llamar “atención flotante”. ¿Flotante en que sentido?, en que la atención del medico de va -o no debería- quedar ligada a ningún prejuicio previo. Un prejuicio previo puede ser la formación teórica del analista, que el analista piense que todo es esto, que lo otro. La teoría en la situación analítica funciona mal cuando funciona como prejuicio y el analista se pone a buscar en el material del paciente lo que le enseñaron en lugar de estar atento al material en sí mismo. Una formación dogmática favorece estas cosas. Y cualquier otro prejuicio o preconcepto que tenga el analista, incluidas las valoraciones que tiene como ser humano. Como ser humano a lo mejor, no le gustan los hinchas de Boca, por ejemplo y con Macri menos, pero como analista no tiene que pensar que el paciente va a estar mas sano si se hace de River y tratar de orientarlo en esa dirección. Si es así mejor que no lo tome al paciente, mejor que trabaje con otro paciente. Renunciar a todo preconcepto, prejuicio o presuposición de que material es importante y cual no lo es. Por ejemplo: si me cuenta un sueño es importante, si dibuja es importante, si juega, si habla es importante. Esto implica el prejuicio sobre valorizar mas tal o cual modo. El analista no debería tener prejuicios o preferencias que lo influyan sobre: “seria mejor que el paciente hable o dibuje o juegue”. Por ejemplo en una época yo tenia una supervisora de una formación kleiniana donde su idea era que lo que los chicos hablaban era mas bien como racionalizaciones para hacerse los grandes, entonces ella buscaba mas que el chico se callara y jugara. Eso es tan mal como decir “que hable”o lo importante es que hable. Si habla estoy salvado. Puedo tenerlas, pero no debo hacer pesar mis preferencias por un modo u otro. Que las tengo las tengo, la mayoría de los adultos esta mas aliviado cuando un chico habla mucho porque les da menos trabajo eso o creen que cuando el chico dibuja creemos que entendemos mas las palabras. Es una creencia nuestra como adultos occidentales, pero no debemos hacerlo pesar y debemos respetar los modos en que material viene, en que el paciente espontáneamente lo trae.

La actitud psicoanalítica implica entonces una renuncia a una serie de preconceptos, a la teoría usada como preconcepto, una serie de prejuicios personales de tipo valorativos. El analista también debería suspender los prejuicios valorativos de la psicopatología, si es que piensa que es mejor ser neurótico que ser otra cosa, por ejemplo. Si el analista tiene prejuicios sobre la homosexualidad y no los puede manejar es mejor que no tome pacientes que tengan una orientación homosexual. En lo posible sería mejor que el analista trate de someter a crítica y suspender su idea de que es mejor ser heterosexual, de que si es mujer mejor que tenga hijos. Por ejemplo una vez en una discusión en una ateneo. El analista daba por sentado que una mujer de treinta y pico de años sin hijos, que el análisis iba a tener éxito si ella tenia hijos. Ahora ¿Por qué la paciente tenía que querer tener hijos? ¿Por ser mujer debería tener deseo de tener hijos? Eso es un juicio de valor, groseramente incluso mas que psicoanalítico, sería social, religioso, implica una vieja política, y una vieja metafísica acerca de la mujer, la mujer como madre, la reducción de la mujer a madre. En verdad, en el material no se veía rastro alguno de que la mujer tuviera algún deseo de hijo. No es que había que procurárselo. A esto Freud lo llamaba, que el analista tenía que resistir a la tentación de educar, pero en la práctica esto a veces funciona bastante mal. Es más raro que un analista conscientemente fuerce las cosas, aunque también pasa. Pero no es nada raro que un analista tenga muchas cosas muy mal resueltas y tenga y sus particularidades mas inconscientes influyan demasiado. Esto puede llegar a percepciones delirantes como un caso del un colega que tuvo que internarse, que tenía la sensación, durante la sesión, tenía la creencia delirante

de que los pacientes lo estaban analizando a él. Esto resultó ser luego una especie de delirio. Entonces se forja esta actitud psicoanalítica que implica básicamente repito, la apuesta a una productividad del paciente no dirigida tampoco por el paciente. Ambos deben renunciar a dirigir. Hay una confianza, una apuesta, una hipótesis de trabajo a la productividad. En algunos casos esto está tan trabado de entrada que en todo caso que el trabajo primero del analista es lograr que un paciente pueda creer en su productividad, como en el caso de este chico que se queda sentado a la espera de que uno le diga las cosas que pide preguntas. Lo interesante es que esta actitud psicoanalítica ya está en lo esencial, entre 1897 y 1899, estructurada. Es previa a la teoría psicoanalítica propiamente dicha. Cuando Freud formula, llega a explicitar una recomendación metodológica de este tipo, cuando llega a ordenar un procedimiento de este tipo, todavía no hay una teoría psicoanalítica propiamente dicha. Freud ahí tiene, a lo sumo, algunas hipótesis muy básicas sobre el peso de la sexualidad en cierta sintomatología y algunos postulados que toma de la física y de la psicología de la época, pero en esa época conceptos psicoanalíticos propiamente dichos como “identificación”, “complejo de Edipo”, “Defensa” no están en un sistema teórico. La actitud va a contribuir mucho a ese sistema teórico aunque, vuelvo a decir, el sistema teórico se alimenta de otros lugares a veces no tan positivos. Pero la actitud es la que define ahí la actitud psicoanalítica. La posición psicoanalítica no se define por un vocabulario, por una teoría porque es perfectamente posible hacer un uno no psicoanalítico, incluso en una terapia, de una teoría psicoanalítica. Por esto yo dije exagerando “la teoría no sirve para nada”, marcando que en un nivel la posesión de la teoría, incluso haberme sacado muy buenas notas con esa teoría en un grado y un postgrado, no me asegura nada. La teoría es una condición necesaria, diría en un sentido epistemológico, pero no suficiente. Sin la teoría no hago nada pero solo con la teoría tampoco.

Volviendo entonces a la actitud psicoanalítica, hay algunas personas que, es como si la tuvieran ya muy fácilmente. Incluso gente que no es psicoanalista, por ejemplo hay pediatras o clínicos médicos o docentes educadores, que tiene una actitud psicoanalítica aunque no sepan ni jota del psicoanálisis, pero suspenden su autoridad apuestan a lo que produzca el otro. Mas que pensar que como pediatra le tiene que decir a la madre lo que tiene que hacer con el bebe, piensan que como pediatra le tiene que ayudar a la madre a que se encuentre con sus bebe a su propia manera. Esa es una posición psicoanalítica, aunque a lo mejor el hombre no leyó una pagina de Freud, y a lo mejor ni se analizó siquiera. En cambio a otras personas, la actitud psicoanalítica les cuesta mucho trabajo, mucho psicoanálisis personal, mucha vigilancia en el Bachelard, de vigilancia teórica, de una actitud crítica respecto de sus propias posiciones, de su propia posición de autoritarismo por ejemplo. De su dificultad para aceptar lo que no está estructurado o porque la apuesta es a una productividad que no está demasiado estructurada. De ahí que nos interesa mucho el dibujo libre de un chico, mucho más que dibujo que hace si le pedimos que dibuje algo. Si le pedimos un dibujo a un chico: “dibujame un árbol, una persona” no cabe duda que obtenemos información y con ciertos códigos aprendidos podemos leer algunas cosas allí. Pero al hacer eso perdemos para siempre, precluimos una información mucho más fundamental que ya nunca más tendremos: ¿Que hubiera hecho el chico si lo hubiéramos dejado sin consigna? Si en ese caso hubiese dibujado y que hubiese dibujado. Esta es la apuesta. Hay personas que esta actitud la tienen que adquirir muy laboriosamente y otras personas que nos. Es como la relación de las madres con sus bebés. Hay madres muy seguras, sea cual sea su nivel intelectual o su personalidad. Muy seguras en relación como encontrarse con su bebe. Hay mujeres muy inseguras, muy ansiosas que todo el tiempo tienen miedo de equivocarse y fallar o que tienden a adherirse a procedimientos rígidos. : “el pediatra

me dijo que cada tantos minutos, cada tantas horas, entonces llueva o truene...”. Con los terapeutas pasa algo muy parecido. Si uno para ser terapeuta tiene todo el tiempo que ir a pedirle instrucciones al profesor o supervisor, al libre de texto idealizado, hay que trabajar mucho allí para lograr una actitud psicoanalítica.

Esta es la base de la actitud psicoanalítica. Como vemos el concepto de “atención flotante” es bastante bueno, el de “asociación libre” es más anticuado, la vieja teoría de las asociaciones. La cuestión es una *producción* y no la asociación de cosas ya hechas. Todo el psicoanálisis contemporáneo, desde Lacan hasta Winnicott, hasta Piera Aulagnier, apuesta más a una producción, a la sesión como espacio de producción que a la sesión como espacio asociativo que ya estaban en la cabeza. Este es el punto básico de la actitud y sin esta actitud muy poco puedo hacer. Ahora la actitud psicoanalítica implica otras proposiciones. Una de ellas es bastante más difícil de lo que parece respetar, la desconfianza y la distancia respecto de cualquier teoría simple que tiende a presentar las cosas en términos de causa-efecto. Más que teoría, cualquier formulación simple, psicoanalítica o no, no importa la procedencia, porque la procedencia puede ser del paciente o de los padres. Los padres nos pueden decir: “Nosotros tenemos la culpa de esos síntomas o nosotros tenemos la culpa de lo que le pasa al chico”. Hay una teoría ahí de los padres, es una teoría “ambientalista”: si el chico está así debe ser por cosas que ellos hagan. Es una teoría “por algo será”, sospecha de los padres y los padres de sí mismos, pero así como agentes causales. Pero la formulación puede ser psicoanalítica, el analista tiene la tendencia que tal cosa de los pacientes da por sentado que es por tal falla del padre o de esto o lo otro, pero la actitud psicoanalítica implica siempre una reserva y un descreer de secuencias causa-efectos, secuencias de determinación más o menos simplistas que siempre están operando. Freud decía, y lo comparto, que la mente humana siendo tan compleja, tan capaz de complejidad, tiene una gran tendencia cómoda al reduccionismo, a buscar la explicación más estrecha, y a veces Freud mismo cayó en eso por otra parte en algunas ocasiones. Cualquier teoría puede tener este uso. Hoy día, por ejemplo con los nuevos conocimientos en genética, los nuevos hallazgos en la genética tan importantes, todo el campo de las neurociencias que han logrado penetrar un poco en esa maravilla tan compleja que es el funcionamiento del cerebro para esclarecer algunas cosas, aunque todavía muy fragmentariamente. Eso mismo puede ser usado de manera simplista, entonces cualquier cosa tiene su causa genética. Desde la esquizofrenia hasta todo, y como decía un biólogo confundir “tendencia genética” con “fatalidad genética”. Cuando se dice “es genético” la gente está hablando de un fatalismo, estilo musulmán: “si es genético es inapelable”. Pero lo genético son a veces tendencias o propensiones que pueden activarse o no, que pueden estar inactivas toda la vida. Una persona puede tener genéticamente un tipo de herencia, tendencia a los tumores, pero puede su vida desarrollarse de modo tal que no tener nunca un tumor y morir de otra cosa. La tendencia estaba, pero no se activó. Pero el punto es que sea biólogo o psicólogo, ambientalista o no el psicoanálisis va a alejarse de reducciones simples. Esa va a ser una actitud psicoanalítica nada fácil de sostener, ya que se ve presionada desde nuestro propio frente interno como desde afuera. Echarle toda la culpa a algo. Con los mismos pacientes vamos a tener que luchar contra estas cosas, porque los pacientes aunque sean chiquitos vienen ya con sus teorías y con sus creencias teóricas. Un chico puede decirnos que lo que le pasa es siempre culpa de otro, que los otros chicos lo molestan que la maestra no lo quiere, que el papá es malo y que la mamá se enoja y no sabe porque. Nunca implicarse como quien tiene que ver con lo que le pasa, va a ser una teoría proyectiva. Uno de los aspectos del trabajo psicoanalítico va a ser abrir, romper, desmenuzar esas teorías que traen los pacientes y sus familias: “es así porque se parece al abuelo”, “es así porque en esta familia todos los varones son así”,

“es así porque nos separamos”. En las escuelas por ejemplo, cuando uno envía informes o mantiene diálogo con escuelas de pacientes, ahí siempre hay que estar teniendo cuidado y luchando para que la escuela no atribuya todo lo que le pasa al chico, en el aprendizaje o en su vida social en la escuela a que, por ejemplo a: “es adoptado” o “los padres se separaron hace un tiempo o que tuvo un hermanito”. La tendencia es muy humana y los psicoanalistas somos seres humanos, no nos escapamos de eso. Es una tendencia a buscar sentido rápido y esto tiene un alto costo. En relación a eso la actitud psicoanalítica va a ser una actitud que desconfíe del sentido, sobretodo cuando parece tan evidente. Pero incluso esto es valido si el analista es capaz también de desconfiar del sentido de las teorías psicoanalíticas. No es valido cuando el psicoanálisis es solo para los demás, entonces se le pide al paciente que asocie libremente, pero yo tengo la cabeza todo el tiempo estructurada en torno a una convicción. No se le pide al analista, para tener actitud analítica, que no tenga convicciones, porque eso seria pedirle un imposible, que no sea una ser humano, se le pide que pueda renunciar a ellas y ponerlas en suspenso temporariamente. Poder jugar con ellas y poder despegarse de esas convicciones. El otro día, un colega me dice que quiere una supervisión conmigo, pero ¿ por qué? Él tiene tal formación teórica, no importa cual: termina en “iano” como todas. Él es “iano” y como es el “iano” esta preocupado a ver si este material de este paciente lo esta leyendo bien, o esta muy influido por que es “iano”. Como sabe que yo no soy “iano”, ni siquiera “Rodulfiano”, viene a verme en la convicción de que le voy a ayudar a tener una mirada mas libre, más independiente. Puede ser. La lectura del colega no me parecía nada prejuiciosa, la forma que él estaba manejando el material me parecía muy bien, en realidad, pero aprecie y le señale que valiosa esa actitud suya de venir a buscar la diferencia y desconfiar de la excesiva convicción teórica.

Freud había llegado a la convicción de que era muy difícil diferenciar una teoría científica de un delirio. Por lo menos en relación al grado de convicción y de creencia. Eso es verdad y es un punto. Nosotros creemos en lo que nos dice la física contemporánea, la química y varias otras cosas de la misma manera que uno cree un delirio, que su vecino le quiere hacer daño y esta conspirando contra él. A ese nivel de la creencia y la convicción no hay diferencia. Freud decía no se puede saber cuanto de delio hay en una teoría y cuanto de teoría verdadera hay en un delirio, porque también marcaba que en un delirio podía haber núcleos de verdad. Idea muy interesante sobre todo si la aplicamos a nuestro propio campo. Entonces uno puede creer en el psicoanálisis otra teoría de la misma manera que un delirante en su delirio y en esto hay que poder hacer lo que no hace el delirante: la toma de distancia. Lo que hizo este colega, no lo puede hacer si es un delirio, él introdujo la duda: “¿Esto que estoy viendo, no será que estoy habituado a una perspectiva y no me deja ver otras cosas?”. Además es inevitable, cualquier teoría me da algo y me quita otra cosa. Una teoría me puede sensibilizar mucho respecto a la atención, a las particularidades del lenguaje, pero en ese mismo movimiento me priva de la atención a las particularidades a otras producciones. Otra teoría me puede hacer particularmente atento a particularidades inconscientes, invisibles de la sexualidad, pero no tenemos derecho a pedirle a un autor, a un texto o teoría que nos responda de todo. En psicoanálisis específicamente, ningún autor me va a poder responder de todo, el campo es más complejo, y por muy buena que sea esa teoría va a haber zonas que no puede penetrar. Y esto vale absolutamente para todas, lo cual implica un movimiento de recuperación, de ir y venir de articulación, de puesta a prueba de diferencias y esto nos lleva a otra característica de la “actitud analítica” que es lo que Derrida llama una “ética de la inquietud”. La “actitud psicoanalítica” implica soportar la inquietud. La teoría, la clasificación, cualquier teoría y cualquier clasificación –malo o buena, científica o no científica- es calmante. Además

de otras cosas y de los valores que puedan tener es un calmante de la ansiedad, la clasificación me tranquiliza: “ah! Por fin sé! Es un psicótico”, “por fin salí de dudas: es un tumor maligno”. Me tranquilizo, y lo estoy diciendo paradójicamente. La teoría me tranquiliza porque me ofrece un sentido al cual me puedo agarrar. Esto vale para todos: vale paciente y analista en el mismo plano y a veces el paciente puede tener mas tolerancia a la inquietud que el analista. Así como hay hijos más inteligentes que sus papas, más ricos que los papas que se ha atrofiado. Esa ética de la inquietud es muy importante y es muy difícil tenerla porque nosotros siempre buscamos el sentido que nos apacigua, aunque no podamos hacer nada. Aunque el saber no nos dé eficacia: “es tal cosa y no lo puedo curar”, pero sé, salí de la situación de incertidumbre. La certidumbre es peligrosa, en la tranquilidad no se puede pensar. En esta misma casa pero en otro edificio, hace muchos años, cuando recién empezaba la carrera de psicología el profesor José Bleger –un psicoanalista muy importante de los que hemos tenido, importante es su producción también- decía, en un curso de 1 año “pensar es doloroso”. Pensar implica romper, convicciones, círculos viciosos. Eso hace a otra característica de la “actitud psicoanalítica”, tiene una relación conflictiva con la teoría que maneja. Tiene que manejar una o más, pero en determinado momento se juega a una. Además sería falso si yo dijera: “puede trabajar sin teoría” Eso va a ser simplemente que voy a trabajar con una teoría mala de la que ni siquiera soy conciente. Como esa gente que dice que es “apolítica” y por lo general tiene las peores posiciones políticas y encima de todo ni las conoce. Pero la relación con la teoría es que la uso y al mismo tiempo desconfío de ella. Es muy difícil y como dice Winnicott –en sus propios términos- hay que “soportar la paradójico, sin resolverla”, soportar un conflicto sin tratar de resolverlo. De pronto no tengo sino mi teoría para intervenir, es todo de lo que me puedo agarrar, pero a la vez sé que no me puedo agarrar de eso mas que muy puntualmente. Tengo una relación de conflicto, me llevo medio “mal”, no me deja tranquilo, le formulo preguntas, no le creo mucho. Recuerdo un gran clínico medico argentino que decía que tal vez era bien clínico porque no le creía mucho a los médicos, algo de ese estilo, es una ética de la inquietud, donde la teoría no es una silla para estar sentado. La teoría no debería ser tampoco un rasgo de identidad. La “actitud psicoanalítica” pone en crisis la cuestión de la identidad, porque la tengo que perder para trabajar. Eso aproxima a veces al psicoanálisis, en alguno de sus rasgos a ciertas disciplinas como el budismo en cuanto a ciertas paradojas del ser. Lo que peor puede pasar y puede ser un síndrome de estudiante o de colega recién recibido- pero a veces es un síndrome que se hace una sintomatología crónica, como una artritis- es usar una teoría para adquirir una identidad: “ya soy tal cosa”. Esa pregunta es sospechosa: “¿Es Freudiano?”, “¿Es psicoanalista?” Yo no sé si se puede “ser psicoanalista”, sé que se puede tener una “actitud psicoanalítica” que al mismo tiempo y a cada rato la estoy perdiendo, la estoy traicionando. Tengo que también soportar eso. Si yo creo que yo soy psicoanalista y todo el tiempo soy psicoanalista, y estoy desde el discurso psicoanalítico diciendo las cosas. O soy hipócrita o soy tonto, o ambas cosas a la vez, porque nadie puede estar todo el tiempo es esa actitud. La pierdo constantemente y la recreo, se construye y se destruye, por eso no es una identidad segura. Y por eso mismo que es de donde peor se lee a un autor es desde sus discípulos fieles, no discípulos inquietos y creativos, desde sus militantes. De ahí es de donde pero se lee un autor porque lo coagula en una especie de imagen bíblica, fálica. Si yo soy Kleiniano a ultranza no puedo interrogar a Klein, si soy lacaniano no puedo interrogar a Lacan si soy Freudiano no puedo interrogar a Freud. Por eso esas pociones son siempre tan estériles en la producción, uno puede comprar muchísimos libros y ve que son siempre sobre lo mismo y que citan lo mismo, y vuelven sobre lo mismo y lo mismo y siempre lo mismo.

Y el caso “Juanito” 1500 veces y el caballo de Juanito que ya debe estar muy viejo si es que no se murió. Todo esto hay que traerlo a la sesión hay que jugarlo en la sesión y en la entrevista, pero como se ve, tiene que ser una experiencia donde lo que he estudiado, lo que aprendí y leí juega una parte. La “actitud psicoanalítica” implica una cierta experiencia del encuentro con el otro, no es una técnica donde finjo, es una actitud que implica que en serio pueda apostar a la subjetividad del otro y el éxito de muchos tratamientos depende de eso. Por eso Winnicott decía que a veces un caso difícil, muy difícil evolucionaba mucho mejor con un analista joven e inexperto que con un gran “Pope”. ¿Por que? Porque el analista joven e inexperto, primero tiene entusiasmo, tiene ganas y quiere probarse. Después, no piensa que sabe todo, no se siente “de vuelta”, entonces presta más atención al paciente. El otro, el “pope”-no siempre, pero es ciertas posiciones- puede pensar: “ya sé lo que el paciente me va a decir, yo lo estudie, ya lo vi en tantos casos, aplico y *plin caja*”. El joven tiene que descubrir el psicoanálisis a través de ese paciente, entonces la fuerza que va a poner, la apuesta que va a hacer a la subjetividad, la posibilidad de experiencia que él va a tener, va a hacer que ese paciente pueda tener un analista muy vivo y desarrollar una transferencia que a veces no se alcanza en el otro caso. Por supuesto esto no es una especie de regla general, pero funciona muchas veces. Cuando siempre está el riesgo que la actitud psicoanalítica se adormezca. En las instituciones psicoanalíticas predominantes “se duerme la sienta”, el vocabulario adormece estoy escuchando todo el día: El deseo, la ley la identificación proyectiva, el inconsciente.....”me acuna. Por eso también son tan valiosas las experiencias clínicas irregulares.

Profesor: Bueno, que me quieren preguntar, o agregar o comentar

Alumna: ¿Cuales son los tres planos de la palabra?

Profesor: El del significado, el del significante y el de lo musical. El de lo musical Piera Aulagnier lo llamaría “pictogramático”.

Alumna: Usted usa la palabra “usos”, “planos”, “modos” de la palabra

¿Cómo sinónimos?

Profesor: si, planos que en determinado momento un puede encontrar que hay alguno que esta privilegiado. Supongamos, un cierto uso esta privilegiado, esta privilegiado el uso o la predominancia de ciertos planos o cierto modo. Por ejemplo un analista -independientemente de cualquier cuestión de formación- va a estar seguramente más atento al plano afectivo de la palabra al plano musical que un profesor que esta escuchando a alguien dar examen o a un abogado que en su estudio, salvo algún abogado muy particular. O un comerciante que atiende a su cliente. Nosotros vamos a estar más atentos a cosas como: ¿Con que intensidad se dijo esto? ¿Que subrayo hablando? , ¿En que tono?, ¿Con que ritmo?, ¿Con que espacios de silencio? Una serie de aspectos propiamente musicales afectivos. Nosotros vamos a prestar mas atención a eso que un medico dermatólogo al cual le vamos a contar que tenemos una urticaria. A él no le va a interesar tanto la angustia que tenemos al contarle de nuestra urticaria, a él va a interesarle que le contemos cuando apareció, si comimos algo y recetarnos algo. Él le va a prestar atención al relato en el plano del significando, en todo caso si es un poco más amplio le dirá al paciente: “Esto puede ser emocional”, pero es un poco un añadido que ya él pudo hacer. Cada profesional también a lo que va a prestar atención es diferente. Nosotros sabemos que dos personas pueden decir lo mismo y psicoanalíticamente ser dos cosas totalmente distintas. No es la misma urticaria. El dermatólogo va a decir es la misma urticaria en este que en el otro. No estoy criticándolo, son operaciones diferentes. No nos sirve un dermatólogo que se ponga a decir: “¿Cómo esta su abuela?. Usted cuando era chico ¿se rascaba?” . “Mire, doctor, me pica ahora, por favor deme una crema”.

¿Alguna otra pregunta? Bueno por hoy cerramos.