

DE LA ESCUCHA A LA CURA*

LUIS HORNSTEIN*

La escucha está alimentada por mucha o poca teoría, por una teoría principal o exclusiva o por un ensamble de teorías. En general, los psicoanalistas que escriben artículos y libros tienden a pensar que están en la buena senda, que el verdadero psicoanálisis es el propio, sea porque es “ortodoxo”, sea porque es amplio, incluso bonachón o condescendiente. Y es inevitable que sea así, pues de otro modo uno no escribiría, se quedaría callado, se limitaría a enlistar interrogantes. Un escrito es una respuesta. Cierra el campo... Hasta que otro escrito lo vuelve a abrir.

No se trata de subestimar la teoría, sino de evitar sólo sus atropellos (teoricismos). Mucho menos se trata de hacer una Moncloa con el pretexto de que en la clínica todos nos entendemos. Hace falta un sinceramiento de la práctica. ¿Qué piensan los psicoanalistas practicantes? Ellos tienen la responsabilidad de poner en acto la virtualidad de las teorías. Son sus palabras y sus silencios los que alivian o “curan” a un sujeto sufriendo

Para nada la práctica es espontánea. Para nada es sencilla. Es una confluencia. Para que no sea un miasma, debemos analizarla, ver aspectos, matices. Confluyen la escucha analítica y muchas otras variables. (De la escucha analítica se habla tanto que tenemos que tener cuidado. No sea cosa que de tan sabida se nos haya vuelto inefable.) ¿Qué hemos incorporado de la tradición, es decir, del sistema conceptual pero también de sus rituales y sus mañas? Vemos en nuestros “pacientes” representaciones, imágenes, sentimientos que produce el estar sumergido en la relación transferencial ¿Podemos verlas en nosotros? Como un ingeniero o un pintor, un psicoanalista no se fabrica en un día. Es alguien que se inscribe en una trayectoria, cuando procesa sus lecturas, su clínica, su análisis. Alguien que va complejizando su escucha, liberándola de una teorización insuficiente o de una tan consciente, tan sistemática, que deja de ser flotante. Y que, como un malabarista de semáforo, domina todas las clavas pero a veces una se le cae al suelo.

La disponibilidad para la escucha no consiste meramente en quedarse callado. Consiste en no prejuizar, cosificar, diagnosticar antes de tiempo. En colocarse al servicio de la experiencia del otro, otro único, singular. En abrirse a lo desconocido. La escucha es el prerrequisito para una interpretación a salvo de un saber preestablecido, congelado, una mera “aplicación” de la metapsicología. La atención flotante es el correlato de la asociación libre. Pero de una asociación libre restringida por la escucha y no una remisión sin fin al mundo fantasmático del psicoanalista.

¿Cuántas prácticas existen? Podemos llevarnos la sorpresa de que las prácticas difieran menos que las teorías y de que lo hecho-pero-no-dicho sea más virtuoso que lo pregonado. Es urgente disminuir el hiato entre lo que se dice en las reuniones de colegas y una praxis enfrentada con apremiantes demandas. No digo que ese sinceramiento sea fácil sino que es ineludible.

La iniciación de un análisis supone una interrelación de dos historias. Es obvio que el analizando trae la suya. En cambio se suele escabullir que el analista la trae. Una historia personal, teórica, analítica, práctica, institucional y social. Ese comienzo es un trabajo compartido, no sin teoría, pero en el que las referencias teóricas pueden ser un obstáculo. Se necesitan oídos frescos. En el análisis “uno tiene que escuchar cosas cuyo significado sólo con posterioridad discernirá” (Freud, 1912). En tanto se privilegia cierto sector del material (sea por la problemática particular del analista o por sus intereses teóricos) se corre el riesgo de no hallar nunca más que lo que ya se sabe. Las intervenciones del analista nacen de la escucha, ese estado que consiste en ver con ojos limpios, en haber visto mucho y ahí mirar por primera vez. Un estado de inocencia, no de ingenuidad y menos de ignorancia. Una disposición de los cinco sentidos, más que de la vista o el oído.

Las puestas al día no son optativas. El psicoanálisis o es contemporáneo o fracasa. La clínica actual nos lleva a conjugar rigor metapsicológico y plasticidad técnica en lugar de técnica rígida y confusión teórica en relación a los fundamentos. Y los fundamentos no son dogmas sino ideas-fuerza, ideas para producir ideas.

*Publicado en Actualidad Psicológica, junio 2012.

Hoy la clínica es proteica. Te toma “desprevenido”. Y está bien que así sea. Cada consulta es presente. La encaramos con el pasado. Y si contamos con una formación suficientemente fogueada, el presente será articulado pero no arrasado. Generalicemos un poquito. Las personas vienen a la consulta con incertidumbre sobre las fronteras entre el yo y los otros; con vulnerabilidad a las heridas narcisísticas; con labilidad en los vínculos, con impulsiones, con adicciones, con angustias diversas; con apatía; con trastornos del sueño y del apetito; con desesperanza; con hipocondría; con crisis de ideales y valores y con multiplicidad de síntomas corporales (Hornstein, 2011). Joyce Mc. Dougall opina: “*Los pacientes de hoy con sus ‘partes psicóticas’, sus ‘escudos narcisistas’ sus ‘self grandiosos’, su ‘pensamiento operatorio’ y sus ‘defectos alexitímicos’, parecen muy diferentes de los clásicos neuróticos de la Belle Epoque’.*”

No somos robots que tratamos igual a todos los pacientes, ni un diagnóstico pone en marcha un programa específico. La psicopatología es útil en tanto se constituya en herramienta y no en sustitución generalizante. La psicopatología es tan sólo un bosquejo. Sobreestimar su valor conduce a convertirla o en un estereotipo o en un prejuicio. Otra vez recordamos la tradición: “*Ya la primera mirada nos permite discernir que las constelaciones de un caso real de neurosis son mucho más complejas de lo que imaginábamos mientras trabajábamos con abstracciones*” (Freud, 1926). Los casos “puros” no abundan. ¿Existe la pureza? Todo lo que vive ensucia, todo lo que limpia mata. El agua pura es agua sin mezcla. Es un agua muerta, lo cual dice mucho sobre cierta nostalgia de la pureza.

En las entrevistas preliminares intentamos prever nuestra capacidad de llevar adelante una relación transferencial. Es hora de hablar también de los límites del analista. Su experiencia, su orientación teórica, entre otros factores, facilitarán o trabarán la escucha de este “analizado”. *Analizado*: el definir al individuo en análisis ha generado interminables “controversias”. Así como “el orden médico” ha sido cuestionado, es útil reflexionar sobre el “orden psicoanalítico” y sus determinaciones corporativas. Revisar las apelaciones diversas a los “consultantes” es ilustrativo. El término “caso” busca sancionar una objetividad que hace desaparecer al sujeto en provecho de la categoría psicopatológica: “enfermo” hace aparecer una dicotomía entre lo normal y lo patológico: “cliente”, revela lo prosaico de la inserción profesional; “paciente” -en apariencia más neutro- evoca una suerte de resignación pasiva de espera de cuidados. La tendencia actual es llamarlo “analizando” o “analizante” y que subraya el carácter activo del que es el protagonista casi único del trabajo analítico. Cada uno de estos términos condensa múltiples significados ideológicos (Hornstein, 2000).

En las entrevistas debería producirse cierta concordancia acerca de tres premisas: a) que aquello por lo cual padece tiene una causa intrapsíquica. La interpretación que el consultante hace de su sufrimiento puede obedecer a una causalidad proyectiva, a una causalidad biológica o una causalidad subjetiva (“*lo que me pasa tiene que ver con mi historia, con mis relaciones, con mis situaciones no elaboradas*”); b) que el descubrimiento de esas causas permitiría afrontar de otra manera el conflicto; c) que esa nueva tramitación de los conflictos le aliviará de ciertos sufrimientos (Aulagnier, 1977).

TEORIA Y ESCUCHA: ARTICULACION O FRACTURA

“*La patología muestra una desgarradura donde normalmente existe una articulación*” (Freud, 1932). Del sueño al síntoma, del duelo a la melancolía, del dormir y enamoramiento al narcisismo, Freud va de lo normal hacia lo patológico. Pero también de lo patológico a lo normal: del síntoma al sueño, de la perversión a la sexualidad, de la psicosis al yo, del fetichismo a las creencias, de la hipocondría a la erogeneización del cuerpo, de la esquizofrenia paranoide a la génesis de la conciencia moral, de la melancolía a la identificación y al superyó.

Parafraseando a Freud, la relación entre teoría y escucha puede presentar desgarraduras. Esquemáticamente, habría tres operaciones que pretenden la condición de “teoría”: 1. Una teoría normatizante y normativa, en la que hay adecuación forzada entre

teoría y escucha. 2. Un peligroso desvío de la teoría en el que predomina una desgarradura. 3. Una teoría que logra articular la práctica.

Nadie en su sano juicio puede descalificar ni a la teoría ni a la clínica (aunque tire a una por la borda o tire a las dos). Y todos diremos que las dos deben llevarse bien. Sin embargo, lo que hay, de hecho, es un enfrentamiento entre “clínicos” y “teóricos”. Los “teóricos” consideran que la única forma de establecer el análisis como ciencia es construyendo una elaboración conceptual cuya relación con la clínica tiende a esfumarse. Los “clínicos” se satisfacen con una teoría rudimentaria, apenas la indispensable para poder operar técnicamente. Estas dos distorsiones conllevan el riesgo de que toda teoría tiende a formalizarse como dogma y toda práctica a ritualizarse como receta. Habrá que machacar: un psicoanálisis limitado a su práctica no puede sino degradarse en un pragmatismo empobrecedor así como un psicoanálisis “teórico” degenera en un juego de ingenio equiparable a un crucigrama o a un divertimento matemático.

¿Admitiría alguien que “aplica” el psicoanálisis en la clínica? Sería como admitir, la “obediencia debida”. Sin embargo, es frecuente que la historia singular sea reemplazada por lo universal. Sólo venciendo esa acatación formal a los conceptos fundamentales (Edipo, narcisismo, castración, pulsión, deseo) llegaremos a comprender cada fenómeno clínico. Sólo así la escucha será soporte de la palabra del paciente.

La brillantez teoricista sólo encandila a los ingenuos o a los que saben poco. Toda maratón teoricista que eluda la prueba de la práctica o toda enunciación que, asumiendo la modalidad de la certeza, exima el trabajo del analista de cualquier interrogación es una mistificación. La teoría debe ser una caja de herramientas: no se trata de construir sistemas como totalidad autorreferente, sino instrumentos. El analista está expuesto a un pensar y a un hacer por medio de construcciones “teóricas” inevitables... peligrosas si se configuran antes de tiempo. Intenta navegar, constreñido por el pensamiento teórico y a la vez libertado por la atención flotante.

Analizar es un desafío que enfrentamos con nuestro bagaje, es decir un pasado que ahí se actualiza, en el mejor de los casos. Antes de analizar, habremos dilucidado qué función tiene la “teoría” en la escucha y qué violencia puede ejercer en el analizando. Nuestro trabajo nos confronta al riesgo de la “violencia secundaria” (a la que antes llamábamos abusos de transferencia). La ejercemos cuando no escuchamos al otro en su alteridad, cuando nos atribuimos un poder de transformación que desconozca lo propio de ese sujeto. Esa violencia secundaria *“puede ser ejercida a través de la interpretación a ultranza y, podríamos decir prefabricada, o a través de la persistencia de un silencio que vendrá a probarle al analizando que en el encuentro no hay intercambio de saber, y que lo que él dice no aporta ningún nuevo pensamiento al analista”* (Aulagnier, 1979).

DE LA PUREZA A LA DIVERSIDAD: LO QUE HACEMOS A ESCONDIDAS

En general trabajamos sin filmarnos. Alguno usará el grabador, con consentimiento del paciente. Otro tomará notas. Pero lo que ocurre entre las cuatro paredes de un consultorio privado u hospitalario es un secreto, que protege, claro, la privacidad del paciente pero a la vez nos permite embellecer y disimular lo que hacemos.

Observemos esa torre de Babel que es el psicoanálisis. Las prácticas son tan heterogéneas que se puede caer en dos extremos: o todas lo son o sólo una. En este último caso los sostenedores de la “verdadera” práctica arrojan anatemas a los que consideran desviacionistas, intentando mediante excomuniones expulsar a los herejes a las tinieblas exteriores. Una característica inquietante de las sectas analíticas es el hecho de que sus creencias teóricas (sean ellas hartmannianas, kleinianas, lacanianas o kohutianas) impiden que sus adeptos se interesen por las investigaciones de otras escuelas.

Si me baso en lo que decimos que hacemos (en pasillos, ateneos, mesas redondas, artículos, libros), diría que la práctica oscila actualmente entre dos actitudes:

a) Se esfuerza en mantener el ideal de pureza del análisis considerando que sólo son analizables los que tienen “pasta de análisis”, pasta, por otra parte, definida al tuntún. b) La práctica más corajuda, más creativa, intenta extender el campo del análisis, modificando incluso el encuadre y el estilo interpretativo.

En una película reciente, Freud le dice a Jung: *“Mire, joven. Nosotros no nos ocupamos del más allá ni de salvar a la gente. Somos humanos. Nos limitamos a lo posible”* Claro que hay aspectos no comunicables en un análisis, pero en vez de embalsarnos en discursos místico-esotéricos sobre lo inefable del encuentro de dos inconcientes, debemos dilucidar esos aspectos no comunicables. Todo lo posible. Ni más. Ni menos que lo posible.

Freud se adaptaba al paciente, es decir, no trabajaba con todos de la misma manera. Innovaba. Como los buenos músicos, improvisaba. Improvisaba porque tenía con qué. (¿No nos estará faltando el “con qué”?) Después el psicoanálisis se militarizó y marcó militarmente el paso, el paso de ganso. Se hipotecó atándose a criterios formales: un mínimo de sesiones por semana, el uso del diván y un analista silencioso y limitado a interpretar. Responder a preguntas del paciente, sostener una conversación amigable, dar la mínima información personal estaba vedado. Ese psicoanálisis petrificado (y por suerte no siempre ejercido) se lo beatificó con adjetivos supuestamente positivos: “ortodoxo”, “clásico”, cuando no era más que una “idealización” retrospectiva, un photoshop de Freud... Una caricatura sin humor y sin creatividad.

Lo “ortodoxo” ya no acerca a las diversas corrientes. Los kleinianos no son considerados ortodoxos por el resto. Los lacanianos (si bien sostenían, en sus comienzos, un “retorno a Freud”, que ha terminado como mero *shibboleth*) se han alejado cada vez más de la técnica freudiana. Proliferan los reproches: “ortopédicos y conformistas” (a los norteamericanos); “maternaje abusivo” (a los ingleses); “culto a la desesperanza” (a los lacanianos), “tentación teorícista” y “alejamiento de la práctica” (al resto de los franceses).

Se le critica al psicoanálisis valerse de las palabras. Son nuestra herramienta y nuestro orgullo. Bueno, cuestión de merecerlas usándolas bien. Freud no propone un activismo, sino una actividad. La asepsia afectiva (metáfora del cirujano) no implica anestesia afectiva. ¿En qué parte de su obra se sustenta ese ideal que propicia una arrogancia autosuficiente? ¿Ese silencio despectivo que parece ser de buen tono cultivar? ¿Esa postura oracular conjugada con una apatía mortífera? El analista que propone Freud se asemeja más bien a un laburante, a un trabajador empeñoso, dispuesto a ayudar al otro a desatascarse. Nada que ver con el observador imparcial ni con el observador no participante. Participa desatascando.

Una práctica innovadora se redujo a una técnica estereotipada. Sin embargo, hace mucho que algunos analistas trabajan con modalidades técnicas variables. ¿Por qué debería haber una cantidad fija de sesiones semanales? ¿Cómo se demuestra que una sesión semanal no sirve para nada? Y, en cuanto a estilos, a veces es eficaz un estilo activo, ocasionalmente de confrontación. A veces, uno expresivo. A veces, uno más silencioso e interpretativo. Con determinado enfoque un paciente se siente seguro y “contenido” y otro se siente amenazado.

Freud (1938) advierte que la técnica debe adecuarse a la singularidad del paciente: *“La medida de influencia que haya de considerar legítima estará determinada por el grado de inhibición del desarrollo que halle en el paciente. Algunos neuróticos han permanecido tan infantiles que aun en el análisis sólo pueden ser tratados como niños”*.

Freud y su obra configuran una identificación que remite a una filiación simbólica. Heredamos una tradición, cuyo núcleo es una identificación con la interrogación incesante, nada obsesiva, y con el coraje. Freud hace y deshace. Deshace para volver a hacer. Es capaz de tumbar alas enteras de su edificio teórico. Ese no quedar fijado a lo ya dicho-ya escrito también lo tuvieron otros después de él, cada cual en su medida. Hay mucho de gozoso en resurgir como Fénix. *“Ya no creo en mi neurótica [teoría de la neurosis] pero tengo la sensación de un triunfo más de que una derrota”* (1897). Anticipa un conocimiento ulterior como premio a un trabajo intelectual que no evita la autocrítica referida a lo pensado, pero no a lo pensante; referida a lo descubierto, pero no a aquello por descubrir. El deseo de no tener que pensar nace de una agorafobia intelectual y de un anhelo de seguridad en las certezas “teóricas”.

¿Cómo trabajamos? Los más abiertos (y en la apertura está lo talentoso) se diferencian por sus prácticas y/o sus producciones. Los otros se diferencian por sus emblemas, por sus fueros, dialectos y pertenencias a parroquias. Las “teorías” cuando se

las congela para conservar la identidad son sólo “*contraseñas*”. Cierta tedio que suele haber en las reuniones psicoanalíticas está vinculado con no desembuchar la riqueza de nuestro día a día analítico.

Un “psicoanálisis de frontera” conquista territorios. Trabaja en los bordes de la clínica y de la teoría y no solo recupera lo existente sino produce lo que nunca estuvo. Se apunta en la multiplicidad de prácticas sin pretender una técnica monocorde.

El analista “*clásico*” es alérgico o fóbico a cualquier implicación subjetiva, sin advertir que ella es precisamente la que, multiplicando potencialidades y disponibilidades en la escucha, proporciona una *caja de resonancia* (historizada e historizante) a la escucha.

¿Qué es la *neutralidad analítica*? ¿Emplearemos la contratransferencia? La contratransferencia es reproducción o producción del espacio analítico. Es producción si concebimos al psiquismo como sistema abierto auto-organizador que conjuga permanencia y cambio. El analista es algo más que el soporte de proyecciones y de afectos movilizados por la regresión del paciente. La contratransferencia revelará al analista su “saber” y su capital libidinal y relacional. A veces, su “poco saber”, su flaco capital.

Al psiquismo como sistema abierto (Hornstein, 2000) le corresponde un contrato abierto, que no es perfecto. Pero sí es el mejor contrato que podemos ofrecer sustentado en una actualización constante, que no consiste en cambiar de opinión según los vientos de la moda, sino en nuestros atravesamientos por lecturas y prácticas.

LA ESCUCHA: PARTERA DE LA HISTORIZACION SIMBOLIZANTE

Historizar la repetición es hacerla recuerdo. Recordar desactualiza el pasado al temporalizarlo. Convertir la historia en pasado permite un futuro que no será pura repetición, sino que aportará la diferencia. La *historización simbolizante* se produce por la conjugación del recuerdo compartido y comunicado. Una historia transferencial es novedosa si promueve una historia futura, sembrada en el presente.

Tendremos que retrabajar lo que hasta hoy parecía servir. Parecía ser operativo desconfiar de la noción de identidad y cantar alegremente “Todo cambia”. Una afirmación irresponsable. ¿Hay alguna historia clínica en que alguien haya cambiado todo? No arrasemos los reparos identificatorios.

Ibamos por el mundo orondamente erguidos con el *corset* de la internalización. El *tener* y el *ser* prolijitos, diferenciados. Hoy somos menos marciales. Estamos sostenidos por nuestra historia pero también por los vínculos y por nuestros logros. Y por lo histórico-social y sus diversos espacios. El sujeto es un sistema abierto autoorganizador porque lo autoorganizan encuentros, vínculos, traumas, realidad, duelos. Reflexionar acerca de la relación entre otro fantaseado, pensado y real es algo distinto de una modernización oportunista en la que a una teoría que sigue siendo endogenista se le implanta una cobertura vincular. Pero sumar no es articular.

No digamos de la boca para afuera que el proceso analítico es hipercomplejo. Trabajemos. Mostremos y demostremos el enmarañamiento de acciones, de interacciones, de retroacciones. Y defendamos la complejidad, porque el reduccionismo siempre deja sus huevitos. Cada día hay nuevos reduccionismos porque cada día hay nuevas complejidades. Una forma de pensar compleja se prolonga en una forma de actuar compleja. En el análisis *el método debe incluir iniciativa, invención, arte y devenir estrategia*. Estrategia y no programa. Un programa es una secuencia de actos fijos y sin variantes.

La cura implica el advenimiento de lo nuevo. Y éste es el lugar de los imperativos categóricos (no superyoicos). Habrá que optar entre un psiquismo determinado y uno aleatorio. Habrá que desbaratar falsos dilemas: orden/desorden, sistema/acontecimiento, permanencia/cambio, ser/devenir. Habrá que agradecer (estudiándolos, citándolos) a los pensadores de la complejidad que nos ayudan a pensar lo actual, como nunca fue pensado antes. Un bucle autoorganizador reemplaza la linealidad causa-efecto por la recursividad. Los productos son productores de aquello que los produce.

EL DESEO DE CURAR

En la cura postulamos como meta que el paciente, tornándole pensable su historia, conduzca su proyecto o se genere uno. Para ello es preciso que invista narcisísticamente su actualidad, pero también el tiempo futuro valorizando su cambio, su alteración, ya que, un sujeto en devenir sólo puede persistir tornándose otro, aceptando descubrirse distinto del que era y del que *“debe devenir”*.

La identidad es una suma suficientemente integrada de identificaciones. Un rompecabezas-computadora. Multiplicidad de miradas y propuestas de los otros significativos le abastecen piezas del rompecabezas, rompecabezas que solo él puede armar, eligiendo las que lo ayudan a proseguir su búsqueda. El sentimiento de identidad tiene dos aspectos. En el personal, uno se siente protagonista de su historia afirmando su propia existencia. En el social, nos inscribe dentro de un grupo, una cultura, una nación, por el reconocimiento de pertenencia de sus derechos, de sus tradiciones y de sus creencias. Se trata de una noción subjetiva, pero que alude a la idea de reciprocidad. La necesidad de identificación y la de diferenciación son opuestas y complementarias. El reconocimiento se obtiene por *conformidad* (ser como los demás, miméticamente) o por *distinción* (ser distinto y hacer que los demás valoren esa diferencia) (Hornstein, 2011).

Entender cómo se constituye la identidad requiere articular el devenir narcisista con el Edipo y sus grandes ejes: la identidad y la diferencia, el deseo y la prohibición, el yo y la alteridad. Edipo narcisizante, identificante, socializante, historizante, sexualizante. Pero esto lleva a pensar en un Edipo ampliado, abierto a lo social.

Una de las miopías del psicoanálisis, especialmente del anticuado, es no escuchar lo que se dice en otras prácticas sociales. No todo lo que ocurre en el psicoanálisis le es exclusivo. Por ejemplo, la subordinación del “cómo” al “para qué”. Ello conduce a reflexionar acerca de los ideales que están en juego, sean intra-analíticos, sean extra-analíticos. Una cura “abierta” debe considerar los ideales colectivos, entre ellos el religioso, el pedagógico (civilizar al niño), el médico (curar), el social (normalizar), el estético y el político.

Hay frases sacadas de contexto. “Deseo de no deseo”. Hay autores simplificados por sus discípulos. “Abstención del analista”. No es lo mismo carecer del deseo de curar que ponerlo entre paréntesis. Todo lo relativa que se quiera, la curación no es un bonus que cae del cielo después de una amable plática ni un síntoma arrancado de cuajo, por *furor curandis*. Ni la idealización ingenua ni la desesperanza nihilista. *Como analistas combatimos en la medida de lo posible la empresa de lo mortífero que perturba al paciente en su acceso a la vida*. Para Freud, deseo de saber y deseo de curar se conjugaban. Es una grosera falsificación de su pensamiento que alguien escriba que no le preocupaba la dimensión terapéutica. Smirnoff trata de tomarlo con humor: *“La curación no está de moda ¡dejémosla para los curanderos, los charlatanes! En el mundo analítico curar no tiene buena prensa: suena como una ambición demasiado simplista, parece remitir a los consejos bruscos de los psiquiatras, a la prescripción de tranquilizantes”*.

La cura analítica tiende a cambiar la relación entre el yo y los retornos de lo reprimido de manera que caigan, como dientes de leche, las inhibiciones, las defensas, la angustia, los síntomas y los estereotipos caracteriales a los que el analizando se veía obligado a recurrir. *El proceso analítico aspira a que el analizando acepte la singularidad de su historia, y de tal manera descubra que sus encuentros actuales están influidos por los privilegios que se conceden a tal o cual rasgo del objeto, a tal o cual referencia identificatoria y a tal o cual forma de compensación narcisista*.

En 2000 postulé prototipos de formaciones de compromiso: el síntoma, el sueño y el chiste. Prototipos porque son primeros históricamente y porque representan cabalmente a los ejemplares de cada serie. Por ejemplo, en la serie del chiste, encontramos: el jugar, el humor, la sublimación, los vínculos actuales. Freud había advertido que el chiste es un juego, y no un juego simple, que se apaga en seguida, sino un *“juego desarrollado”*. El chiste, la sublimación, el jugar, el humor, los vínculos son *simbolizaciones abiertas* que en el choque de repetición y diferencia permiten la emergencia de lo nuevo. La aptitud para estos “juegos desarrollados” es producto de *la identificación con la potencialidad simbolizante de los otros significativos*. Y es un eje conceptual para orientarnos en la cura.

Cuando los analistas hablamos de nuestros casos difíciles, aparecen palabras como “paralizado”, “petrificado”, “bombardeado”, “siderado” (Pontalis). El analista se siente implicado, por así decir, en el cuerpo. Es que, de la doble función que lo constituye como analista –la de intérprete y la de objeto-soporte de la transferencia–, la función de objeto-soporte predomina abrumadoramente. Y si hablamos de casos difíciles, tendremos que hablar de narcisismo. De la búsqueda de autonomía y autosuficiencia con respecto a los otros. De la pretensión de dominar y negar a los otros. “Narcisismo” no es un término unívoco. Lo empleamos para la indiscriminación entre el yo y el otro, para la regulación de la autoestima y también para el interés exacerbado por la identidad.

Un analista trabaja mediante su disponibilidad afectiva y lo que por comodidad llamamos “escucha”. En la clínica del narcisismo se le solicita mucho más: su potencialidad simbolizante, no solo para recuperar lo existente sino para producir lo que nunca estuvo (estas prótesis no son dentarias). En estos pacientes los síntomas suelen ser defensas ante el riesgo de disolución o pérdida de valor del yo. La demanda de análisis está sustentada en un sufrimiento casi intolerable, que implica para el analista un desafío tremendo pero tolerable. Su actitud técnica debe ser modificada. Eso no es la “buena y leal” neurosis.

Ojala el narcisismo patológico fuera tan simple como un exceso de amor propio. Es peor que una desmesura. Es una falta, una falta crónica de amor propio. Por ello, el narcisista es un insaciable de la admiración externa. “Adentro” no tiene. Y este déficit implica un yo amenazado por la desintegración, desvalorización y sensación de vacío. En el narcisismo positivo (“sano”, trófico) uno no está muy pendiente de uno, porque uno ama metas y actividades. Actividades que conciernen a las ambiciones, los ideales, el compromiso con los otros. Ya no importa tanto mantener y promover la identidad y la autoestima, ahora convertidas en productos colaterales. Alcanzada cierta cohesión de la identidad y de la autoestima, la persona es mas libre para orientar su vida no por motivos narcisistas, sino por la realización de deseos y proyectos.

La clínica del narcisismo no puede ser abordada sino desde el paradigma de la complejidad. Puede haber un desequilibrio neuroquímico pero lo que siempre habrá será la acción conjunta, y difícilmente deslindable, de la herencia, la situación personal, la historia, los conflictos neuróticos y humanos, las condiciones histórico-sociales y las vivencias.

El narcisismo trófico es mucho más que un narcisismo “bueno”, al mostrarse su papel en el mantenimiento de 1) la cohesión del yo, 2) la estabilidad (relativa) del sentimiento de sí y 3) la valoración del sentimiento de estima de sí (Hornstein, 2000).

Escuchemos al paciente narcisista. Su omnipotencia subjetiva. ¿Cómo lo llevará el proceso psicoanalítico a una pasable tolerancia de la realidad objetiva? Habrá que crear cierta transicionalidad (Winnicott). La madre debido a su *“preocupación materna primaria”* conforma un mundo en el que se realizan deseos y fantasías del niño. La madre deja de desempeñar progresivamente este papel y permite que el niño sufra mayores desilusiones a fin de que llegue a tolerar la realidad objetiva y las subjetividades que están más allá de su control. Una dialéctica entre gratificación y desilusión inevitable y creciente. Estos pacientes requieren que el analista logre experiencias que le faltaron en sus primeros vínculos, plenos de temor y desilusión. El analista se diferenciará de las actitudes traumatizantes (por exceso o por defecto) de los padres. Construirá junto al paciente una nueva historia (Hornstein, 2006). Así como la maternidad *“suficientemente buena”* implica ajustar el mundo para apoyar las ilusiones del niño, el análisis *“suficientemente bueno”* implica ajustar la situación analítica a la realidad subjetiva del paciente.

La implicación subjetiva del analista tuvo un lugar en la teoría de la psicología del *self* y en la práctica de Winnicott. En ese contexto, amar, cuidar, comunicar no son apelaciones románticas sino pilares técnicos fundamentales. Para Kohut, la subjetividad del analista posibilita una escucha empática. (Y empatía no es una noción para descartar sin haberla estudiado.) Para Winnicott, el análisis debe proveer un “ambiente de sostén”, posibilitando que emerja el “verdadero self” del paciente. La noción, que comparten, de detención del desarrollo los obliga a asumir que el analista tiene que neutralizar ciertos déficits, y por lo tanto a aportar cierta prótesis. Conviene decirlo de otro modo: la implicación subjetiva exige un analista comprometido con el analizando no sólo en la interpretación del pasado sino en

el descubrimiento (y producción) de *otras* modalidades relacionales. No se trata solo de un desarrollo detenido sino de la producción de una historia. Desarrollo supone el despliegue de lo ya presente. Historia apunta a permanencia y cambio (solo pensable desde la aceptación de lo nuevo).

Resumiendo, *mi* escucha no es una mera aptitud auditiva, y corrientes distintas privilegian nociones y prácticas distintas. *Adaptación* en el análisis norteamericano; *internalización transmutadora* en Kohut; *historización ligadora mediante el trabajo erótico* en Piera Aulagnier; instauración de una *nueva relación entre imaginación radical y sujeto reflexivo* en Castoriadis; *elaboración de las ansiedades esquizo-paranoideas y acceso a la posición depresiva* en Klein; *destitución subjetiva y atravesamiento del fantasma* en Lacan; *trabajo subterráneo de simbolización* en Laplanche. Winnicott, más cerca de Freud, opta por crear un *espacio transicional que potencie el jugar y la ilusión*.

La meta de *mi* psicoanálisis es modificar las relaciones intersistémicas. Entiendo que para que haya “modificaciones de *estructura*”, tiene que producirse, análisis mediante, una transformación dinámica y económica de las relaciones del yo con el ello, superyó y realidad exterior. No para arribar al Nirvana, sino para “amar y trabajar”. No hay vacunas. Pueden surgir nuevos conflictos. Reivindico un “utopismo crítico” que elabora proyectos y se oponga tanto al voluntarismo sin fundamentos teóricos como a cierto fatalismo que condujo a muchos analistas a idealizar el desencanto por identificar lucidez con pesimismo. Un proyecto al servicio de Eros supone la elaboración de ciertos duelos y tiene como protagonista la diferencia.

[*luishornstein@gmail.com](mailto:luishornstein@gmail.com) www.luishornstein.com

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

Aulagnier, P (1977): “El trabajo de la interpretación” en L. Hornstein, P. Aulagnier, A. Green, M.L. Pelento, M. Rother de Hornstein, H. Bianchi. M. Dayan, E. Bosoer, *Cuerpo, historia, interpretación*, Paidós, Buenos Aires, 1991.

_____ (1979): *Los destinos del placer*, Petrel, Barcelona, 1980.

Freud, S. (1892-99): *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*, A.E. Tomo I.

_____ (1912): “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, A.E., Vol. 12.

_____ (1926): *Inhibición, síntoma y angustia*, A.E. Tomo XX.

_____ (1932): *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, A.E. Tomo XXII.

_____ (1938): *Esquema del psicoanálisis*, A. E. Tomo XXIII.

Hornstein, L. (2000): *Narcisismo, Autoestima, identidad, alteridad*, Paidós, Buenos Aires.

_____ (2003): *Intersubjetividad y clínica*, Paidós, Buenos Aires.

_____ (2004): La subjetividad y lo histórico social en: Hornstein, L. (compilador) *Proyecto Terapéutico*. Paidós, Buenos Aires.

_____ (2006): *Las depresiones*, Paidós, Buenos Aires.

_____ (2011): *Autoestima e identidad: narcisismo y valores sociales*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

_____ (2013): *Las encrucijadas actuales del psicoanálisis*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Lacan, J (1964): El seminario, Libro 11. *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Barcelona, Barral, 1977.

_____ (1966): *Escritos II*, Siglo XXI, México, 1975.

Lerner, H. y Sternbach, S. (2007): *Organizaciones fronterizas*, Lugar, Buenos Aires.

McDougall, J (1982): *Theatres du Je*, Gallimard, París.

Pontalis, J. (1977) : *Entre el sueño y el dolor*, Sudamericana, Buenos Aires, 1978.

Rother Hornstein, M.C. (2006): *Adolescencias: trayectorias turbulentas*, Paidós, Buenos Aires.

Smirnoff, V., “Et querer de plaisir”, *Nouvelle Revue de Pschanalyse*, 17, 1978.

Winnicott, D (1971): *Realidad y juego*, Granica, Buenos Aires, 1972.