

Transferencia en condiciones no ortodoxas: su especificidad

*Mtra. Eunice Amor Gonzalez Ochoa**
*Dra. María del Carmen Rojas Hernández***

Resumen

El objetivo del artículo es establecer las posibilidades de una relación transferencial y su especificidad en prácticas que acontecen en contextos institucionales no ortodoxos al psicoanálisis, en los cuales, el número de sesiones clínicas queda supeditado a la forma particular en que cada contexto presta alojamiento al sujeto. Se argumenta que la función del clínico y el posicionamiento de éste y del paciente en transferencia son los elementos que definen el carácter analítico de una práctica clínica, y no las características del encuadre. Se concluye que las prácticas clínicas en contextos no ortodoxos tienen repercusiones sobre la economía psíquica y su implicación a nivel de la subjetividad que conlleva.

Palabras clave: TRANSFERENCIA; PRÁCTICA CLÍNICA; INSTITUCIÓN; ENCUADRE.

Transfer In Non-Orthodox Conditions: It's Specificity

Abstract

The article's objective is to establish the possibilities of a transferential relationship and its specificity in practices that take place in non-orthodox institutional contexts to psychoanalysis, in which the number of clinical sessions is conditioned to the particular way in which each context lodges the subject. It is argued that the function of the clinician and his position along with the patient in transference are the elements that define the analytical character of a clinical practice, not the characteristics of the frame. It is concluded that clinical practices in non-orthodox contexts have repercussions on the psychic economy and its implication on the subjectivity that it entails.

Key words: TRANSFER; CLINICAL PRACTICE; INSTITUTION; FRAMING.

Transferências em condições não ortodoxas: sua especificidade

Resumo

O objetivo do artigo é estabelecer as possibilidades de uma relação transferencial e sua especificidade em práticas que ocorrem em contextos institucionais não ortodoxos para a psicanálise, em que o número de sessões clínicas está sujeito à maneira particular em que cada contexto fornece acomodação ao sujeito. Argumenta-se que a função do clínico e o posicionamento deste último e do paciente em transferência são os elementos que definem o caráter analítico de

*Maestra en psicología por el Instituto de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
Doctorante en psicología por el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana
Endereço: San Fernando #229. Colonia Sauzalito, C. P. 78116. San Luis Potosí, México.
Telephone: 52 (444) 4138669
E-mail: eunicea@hotmail.com

**Profesora Invitada del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. Doctora en Psicología y Educación, línea de Estudios Psicoanalíticos por la Universidad Autónoma de Querétaro.
Endereço: Calle Fuente del Valle #244. Colonia Balcones del Valle, San Luis Potosí, México.
Telephone: 52 (444) 5811023
E-mail: carmen_59@yahoo.com

uma prática clínica e não as características do quadro. Conclui-se que as práticas clínicas em contextos não ortodoxos têm repercussões na economia psíquica e sua implicação ao nível da subjetividade que ela implica.

Palavras-chave: TRANSFERÊNCIA; PRÁTICA CLÍNICA; INSTITUIÇÃO; MOLDURA.

Introducción

El objetivo de este artículo consiste en fundamentar, a través de argumentos teóricos, las posibilidades de una relación transferencial y su especificidad en prácticas que acontecen en contextos institucionales no ortodoxos al psicoanálisis. Uno de los desafíos que se presentan y sobre el cual gira la discusión de este artículo, es que el número de sesiones es limitado, debido a que el tratamiento clínico queda supeditado a la forma particular en que cada contexto presta alojamiento al sujeto, en ese sentido, los encuentros clínicos pueden constar de una única sesión.

Debido a ello, se formulan algunas interrogantes respecto al fundamento de estas prácticas, tales como: 1) la validez de las mismas al no garantizarse tratamientos prolongados o de sesiones numerosas, 2) si existen posibilidades para disponer un trabajo analítico y 3) cuáles son los elementos necesarios para propiciarlo. Con el fin de argumentar una respuesta a los cuestionamientos planteados, se propone analizarlos a partir de las conceptualizaciones y fundamentos alrededor de la transferencia, debido a que, de acuerdo con Lacan (1964/2013):

(...) la transferencia estructura todas las relaciones particulares con ese otro que es el analista (para producir el fenómeno de la transferencia) es preciso que, fuera de ella, ya estén presentes posibilidades a las cuales ella proporcionará su composición, quizás única. (...) De tal modo que hacer aflorar la transferencia en el análisis, donde encuentra sus fundamentos estructurales, es quizá la única manera de introducir la universalidad de aplicación de este concepto (pp. 130-131).

En ese sentido, el argumento nodal del presente artículo consiste en que el carácter analítico de un proceso terapéutico se basa en el posicionamiento transferencial, es decir, la relación donde un sujeto se reconoce en la escucha y en sus actos, independientemente de la presencia o ausencia de las características accesorias y circunstanciales del encuadre o setting¹. Las cuales conforman los encuentros clínicos, dictando la frecuencia y duración de las sesiones, la realización de entrevistas preliminares, el uso del diván en un momento y ante consideraciones específicas, entre otras; incluso, el cumplimiento de éstas es lo que define si la práctica se califica como psicoanalítica o no. Sin embargo, existen numerosos trabajos acerca de los usos y aplicaciones² del psicoanálisis en escenarios en los que no es posible preservar las características del setting.

Particularmente, la institución hospitalaria pone en marcha los mecanismos necesarios para intervenir sobre la patología de la enfermedad y deja fuera otros aspectos, tales como el sufrimiento, inevitable correlato de las enfermedades médicamente reconocidas. El sujeto que ahí da alojamiento a su padecimiento, llega a presentar una conmoción pulsional, donde se torna imprescindible construir un espacio para posibilitar la reconstrucción de lo abatido por el padecimiento y atenderlo en la dimensión que trasciende al organismo y afecta a su cuerpo en tanto receptáculo de los efectos subjetivos (Rojas & Vega, 2008), aunque se inicie en el cuerpo, se desatan en el lenguaje y es en ese mismo campo puede encontrar los límites que permitan restaurar el orden necesario para la estabilización del paciente.

Esto nos permite mostrar la relevancia del problema que se deja de lado, es decir, ¿quien enfrenta un padecimiento por el cual se encuentra institucionalizado, precisa atravesar por ese trance sin que exista un dispositivo con el objetivo de atender esa particularidad de su malestar? He aquí el valor y la amplia justificación de pensar todas las posibilidades que un dispositivo pensado desde el psicoanálisis ofrece en situaciones específicas como la referida, no sin ignorar las múltiples consideraciones y puntuaciones implicadas en las propuestas de este tipo.

Sobre la relevancia de la configuración de un dispositivo psicoanalítico en contextos no ortodoxos

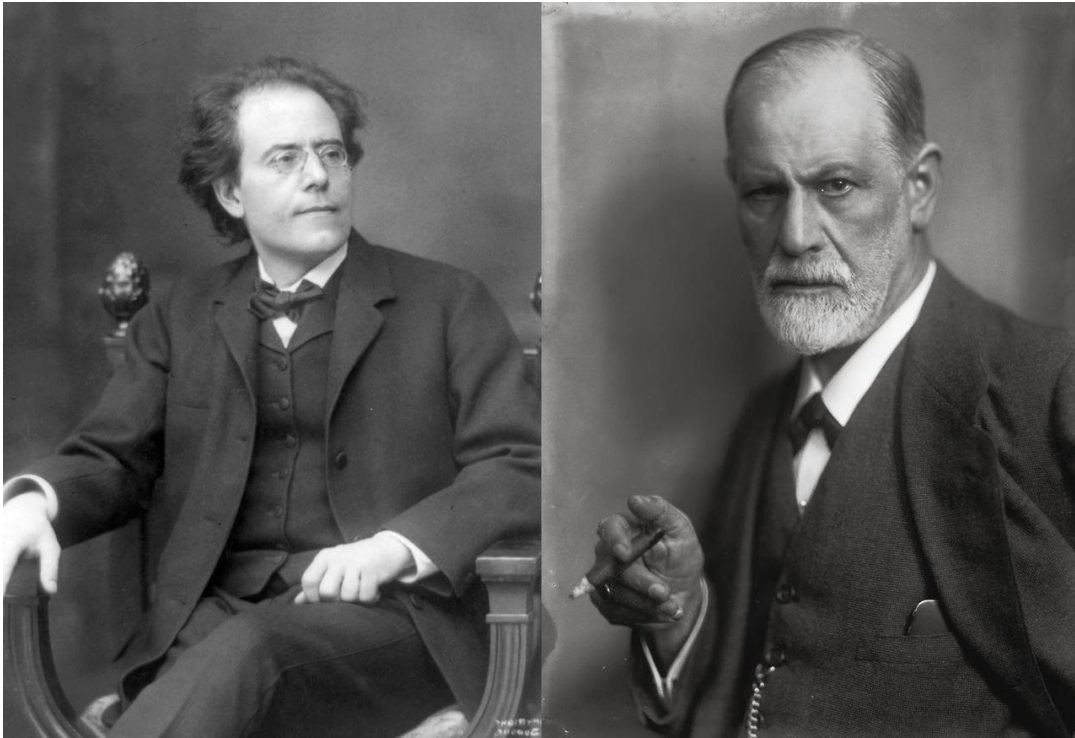
Ante la conmoción pulsional desencadenada o alojada en instituciones, éstas últimas no se encuentran en posibilidades de atender la dimensión subjetiva, mientras que un clínico orientado psicoanalíticamente, está en condiciones de identificar esas hiancias en el discurso de la institución, distinguiendo un campo sobre el cual intervenir, el de la singularidad, independientemente de las características presentes en ese contexto. Frente a este tipo de prácticas clínicas, posiblemente se limita la investigación académica debido a que no predominan los tratamientos prolongados, por otro lado, se enriquece y justifica la clínica, la práctica y sus intervenciones. Se trata de momentos singulares que aparecen súbitamente, producen un sinnúmero de perturbaciones en la economía psíquica y en algunos casos, incluso, pueden conducir hacia el borramiento del sujeto.

Si se acepta la factibilidad del trabajo analítico en estos espacios, resulta indispensable abundar sobre dos puntos, uno de ellos es la importancia del acercamiento de un clínico orientado psicoanalíticamente a pacientes encontrados las condiciones descritas y por otro lado, las posibilidades de un dispositivo transferencial.

La primera cuestión, es decir, la importancia del acercamiento de un clínico orientado psicoanalíticamente a sujetos en condiciones en las que es evidente un sufrimiento matizado por los procesos de institucionalización, se puede desprender de que las instituciones, por su propia naturaleza, no siempre tienen entre sus propósitos la atención a la angustia y al sufrimiento que de manera singular, cada individuo manifiesta, pues los dispositivos de atención en las instituciones están focalizados de otra manera.

Cabe enfatizar que no se pretende un acortamiento del tratamiento analítico, sino aprovechar la significación de este trabajo en contextos no ortodoxos, ya que en algunas ocasiones, no es posible dirigir un tratamiento prolongado. Ante el abatimiento del sujeto en esos entornos, cobra relevancia el despliegue de un dispositivo psicoanalítico, que no se condicione al cumplimiento de un encuadre tradicional, sino a las características presentes en el lugar donde se intenta desplegar.

Para ilustrar este tipo de intervenciones, cabe mencionar el análisis del músico Gustav Mahler, llevado a cabo por Freud, el cual consistió en un encuentro único y alejado totalmente de lo que se conoce como setting, pues éste sucedió una tarde de 1910 durante una caminata de cuatro horas por un parque. Freud menciona al respecto que “fue como sacar una viga única de un edificio misterioso. Si doy crédito a las noticias que tengo, conseguí hacer mucho por él, en aquel momento” (Jabif, 1998, p. 19). Respecto al mismo suceso, Reik afirma que “las situaciones y circunstancias extraordinarias exigen medidas extraordinarias” (Jabif, 1998, p. 20).



Gustav Mahler

Sigmund Freud

De la misma manera, si se recuerdan los casos paradigmáticos de Freud, el análisis del pequeño Hans y el caso Schreber tampoco siguen el encuadre que posteriormente se establecería a partir de algunos textos freudianos, que igualmente, se toman aquí como referente para desmitificar que el encuadre o setting es el parámetro para calificar y validar un trabajo terapéutico como psicoanalítico.

Descripción de las condiciones ortodoxas de un trabajo analítico, su encuadre clásico y primeras irrupciones

En primera instancia, se toma como punto de partida la definición que proporciona Freud (1923/1979) en el texto *Dos artículos de enciclopedia: «Psicoanálisis» y «Teoría de la Libido»* respecto del campo por él inaugurado:

Psicoanálisis es el nombre: 1) de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y 3) de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido coligiendo en una nueva disciplina científica (p. 231).

Antes de que se estableciera esa definición, el psicoanálisis se destaca por mantener dos niveles de acepción en función de dos métodos, los cuales son: 1) el de investigación de las neurosis y 2) el tratamiento basado en la etiología descubierta (Freud, 1913/1980). De estas acepciones, se destaca la constitución del psicoanálisis, en donde se articulan el método de tratamiento, el método de investigación y la teoría producida a partir de ello. Además, puntualiza que siempre se encuentran en función de la experiencia que los hallazgos clínicos demuestran.

En la obra freudiana se observa un método propuesto para tratar las neurosis de transferencia, donde a su vez cuestiona la viabilidad del tratamiento y abre posibilidades futuras para diversas manifestaciones clínicas como las psicosis, las neurosis de guerra, entre otras. Incluso, Freud (1919/1979) lo subraya cuando vislumbra que a los psicoanalistas se les planteará la tarea de adecuar su técnica a las nuevas condiciones presentadas, sin importar los elementos que la constituyan, aunque afirma que tendría que seguir manteniendo los ingredientes más eficaces del psicoanálisis riguroso. Ese ingrediente es la transferencia, como lo enfatiza a lo largo de su enseñanza.

En lo que respecta al nivel de método de atención, perdura un encuadre clásico que es descrito en varios textos (Freud, 1904/1978, 1905, 1911-1915/1980, 1917a/1976, 1917b/1976), ahí se establecen recomendaciones acerca del tiempo de las sesiones, considerar períodos prolongados de tiempo para dedicar al tratamiento, sobre la selección de los pacientes, el costo de las sesiones, el establecimiento de un período de prueba y las razones que explican el uso de un diván.

Con base en tales (Freud, 1904, 1905, 1911-1915/1980, 1917a/1976, 1917b/1976) se mantiene el supuesto de que el método psicoanalítico consiste en el cumplimiento de las características del encuadre, desdeñando las actividades que se encuentren fuera de éste. Sin embargo Freud (1913/1980) indica que las presenta como consejos y no las pretende incondicionalmente obligatorias, ya que la extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas, la plasticidad de los procesos anímicos y la riqueza de los factores determinantes se opone a una mecanización de la técnica y lo convertirían en un proceder que establecido legítimamente, no produzca efecto.

Incluso, James Strachey en su introducción a los textos *Trabajos sobre técnica psicoanalítica* (Freud, 1911-1915/1980), lo enfatiza al sostener que Freud se opone a la fijación mecánica de una regla, ésta solo tendría valor si se comprende y asimila su forma y su fundamento. “Una vez aprehendido ese mecanismo, es posible entender las reacciones del paciente (y del analista) y formarse un juicio acerca de los probables efectos y méritos de cualquier procedimiento técnico” (p. 81).

Es debido a ello que se hace alusión a los niveles de conceptualización del psicoanálisis, es decir, el método de investigación y tratamiento siempre permanecen articulados. Consiste en “una serie de reglas adquiridas por vía empírica” (Freud, 1904/1978: 240), por tanto, si incluso la singularidad implicada en la experiencia social justificó a Freud adecuar tales reglas, con mayor sentido se explica la configuración de un dispositivo psicoanalítico específico para la experiencia social que impera en la época actual, en la que la institución suele ser receptora de demandas que no pueden ser atendidas por esta, dada la dimensión subjetiva que conllevan. Trasladar el método psicoanalítico hacia esos espacios mantiene una relevancia social y se legitima en la medida en que se encuentren individuos deseantes de realizar un trabajo analítico a pesar de que no existan condiciones explícitas para ello, esto no debería ser motivo para descartarlo, cuando menos, no de manera predeterminada.

A ese respecto, Freud (1913/1980) afirma que el juego de fuerzas que impulsa un tratamiento, “el motor más directo de la terapia es el padecer del paciente y el deseo, que ahí se engendra, de sanar” (p. 143).

Elementos transferenciales que definen el carácter analítico de una práctica clínica

El elemento más poderoso implicado en un trabajo psicoanalítico es el uso de la transferencia, (Freud, 1917c/1976), Freud establece que al tratar psicoanalíticamente a un neurótico siempre le sobreviene el fenómeno de la transferencia (Freud, 1910a/1979), surge desde el

comienzo del tratamiento, siendo la que impulsa el trabajo analítico, y este último es diverso (1917c/1976). Incluso, los fenómenos de resistencia transferencial salen a la luz en tratamientos distintos a los psicoanalíticos, solo es necesario comprenderlos para advertir la forma en la que se revelan (Freud, 1912/1980). Es decir, el esclarecimiento del papel de la transferencia durante la cura se puede dar solamente si uno penetra en sus vínculos con la resistencia.

Sin embargo, la teoría de la transferencia se establece debido a la persistente práctica de Freud, tanto el concepto como el método que lo subyace fueron evolucionando en función de los hallazgos clínicos. Sus antecedentes se ubican en la investigación llevada a cabo por Breuer y Freud argumentada en *Estudios sobre la histeria* (1893-1895/1978), donde documentan la teoría de la catarsis, la formación de sintomatología de la histeria y la ubicación de los momentos que llevaron a producirla. En correspondencia con ello, la labor terapéutica consistió en recordar y abreaccionar con ayuda de la hipnosis.

Mediante el material arrojado por los trabajos con hipnosis se esclarece la existencia de elementos inconscientes que intervienen en la génesis de los síntomas, no obstante, Freud decide modificar su técnica al no presentarse efectos duraderos sobre ellos, estableciendo la propia del psicoanálisis, la asociación libre, con el objetivo de que las ocurrencias libres del paciente permitan vencer las resistencias ante la represión.

De esa manera, surge en Freud una especial atención al análisis de las resistencias y el curso del tratamiento para vencerlas, producto de que el paciente no cambiara su comportamiento a pesar de tener conocimiento acerca de la vivencia traumática. A partir de entonces, se delinea la repercusión de la transferencia en el trabajo analítico, pues no hay recuerdo de lo reprimido, sino que las resistencias de la represión se presentan como repeticiones en actos, donde la transferencia funge como el motor que las consiente, aboliendo la resistencia.

Freud (1914/1980) declara que es en tal nivel cuando se le otorga un carácter analítico a la transferencia. Establecida la relación transferencial, el pulsionar patógeno del paciente es desplegado a manera de escenificación, por consiguiente, se advierte que “la transferencia misma es sólo una pieza de repetición, y la repetición es la transferencia del pasado olvidado” (p. 152). La resistencia se encuentra presente a lo largo del tratamiento y en éste se combate a las fuerzas que tienden a la salud y las que las contrarían (Freud, 1912/1990).

En este tenor, la transferencia es la condición necesaria que convierte la compulsión de repetición en un motivo para el recordar, de esa manera se le puede otorgar un nuevo significado a los síntomas. “El vencimiento de la resistencia comienza, como se sabe, con el acto de ponerla en descubierto el médico, pues el analizado nunca la discierne, y comunicársela a este” (Freud, 1914/1980: 156).

Además, Freud en la *17ª conferencia. El sentido de los síntomas* (1917a/1976) advierte que el saber del analista no es el igual al del paciente, no produce los mismos efectos y por tanto, si se le trasfiere saber al paciente, no tendrá por resultado la cancelación de los síntomas.

El enfermo sabe, entonces, algo que no sabía, el sentido de su síntoma, y, no obstante, lo sabe tan poco como antes. Aprendemos así que hay más de una clase de ignorancia. (...) ese saber tiene que descansar en un cambio interior del enfermo, tal como sólo se lo puede producir mediante un trabajo psíquico con una meta determinada (p. 257).

Mientras que, para reelaborar, en asociación libre y frente a la intensidad de la resistencia se descubre en el trabajo entre analista y analizado las mociones pulsionales que sostienen la resistencia, el paciente en esa vivencia puede convencerse de su existencia y poder. Bajo tales

circunstancias, el analista “no tiene más que esperar y consentir un decurso que no puede ser evitado, pero tampoco apurado” (Freud, 1914/1980, p. 157).

Establecido lo anterior, Freud (1905/1978) afirma que la psicoterapia psicoanalítica se basa en el reconocimiento de lo inconsciente, a su vez, los procesos anímicos tienen esa naturaleza y es causa inmediata de los síntomas patológicos. Mientras que, el trabajo terapéutico se compone de dos fases, “en la primera, toda la libido es esforzada a pasar de los síntomas a la transferencia y concentrada ahí, y en la segunda se libra batalla en torno de este nuevo objeto, y otra vez se libera de él a la libido” (Freud, 1917d/1976, p.414).

Aspectos psíquicos presentes en el trabajo clínico no ortodoxo

Aunque en la propuesta freudiana no se propone una dirección de la clínica hacia contextos institucionales y bajo las características que se exponen aquí, Freud (1910b/1979) sí vislumbró qué perspectivas futuras le pudieran deparar al psicoanálisis, analizado desde tres vertientes: 1) progreso interno, 2) aumento de autoridad y 3) el efecto universal del trabajo analítico. Específicamente, en materia de progreso interno, se considera tanto el saber psicoanalítico, como lo referente a la técnica. Justamente estas prácticas no ortodoxas enriquecen el conocimiento sobre lo inconsciente y sus procesos, favorecido por el distanciamiento que presenta frente a los encuentros clínicos tradicionales.

A este respecto, Laia (2003) afirma que la práctica psicoanalítica en instituciones mantiene un valor teórico suscitado al alejarse del encuadre en el que tradicionalmente se lleva a cabo, pues permite encontrarse con lo real que interesa al psicoanálisis. En ese sentido, se considera que la práctica clínica en contextos no ortodoxos y los hallazgos generados a partir de ella generan discusiones que contribuyen en materia teórica y metodológica.

Además, como se planteó previamente, el hecho de que la transferencia surja desde el inicio del tratamiento y lo impulse extiende un sinnúmero de posibilidades de uso de esta relación transferencial en igual diversidad de situaciones, para argumentar que es factible recurrir a los elementos propuestos por la teoría psicoanalítica con el fin de realizar un trabajo clínico en contextos diferentes a los que tradicionalmente se consideran, incluso en los que de inicio y por definición, limitan la disposición de un encuadre clásico. A este respecto, Freud (1914/1980) indica de qué manera tratar el padecimiento de un individuo:

Y caemos en la cuenta de que la condición de enfermo del analizado no puede cesar con el comienzo de su análisis, y que no debemos tratar su enfermedad como un episodio histórico, sino como un poder actual. Esta condición patológica va entrando pieza por pieza dentro del horizonte y del campo de acción de la cura, y mientras el enfermo lo vivencia como algo real-objetivo y actual, tenemos nosotros que realizar el trabajo terapéutico, que en buena parte consiste en la reconducción al pasado (p. 153).

En ese sentido, se sostiene que incluso ante la falta de certidumbre acerca de la consecución de un tratamiento, el trabajo terapéutico tendría que configurarse mientras se mantenga vigente ese poder actual que el padecimiento hace surgir, y éste último toma la forma de una intercepción, a continuación se explica el sentido de esa intercepción.

En principio, dado que son las instituciones el contexto donde se ubican las posibilidades terapéuticas que en este trabajo se propone, es necesario considerar que dichos espacios, en tanto representante del Otro y manteniendo una función de albergue, son receptoras privilegiadas de demandas que, comúnmente, no corresponden en su totalidad a la función que ejercen. Uno de los

casos que lo ilustra se sitúa en la institución médica y su función sanitaria, donde de acuerdo con Lacan (1986/2010) un enfermo al abordar un médico, no espera de él la curación, pues el enfermo puede estar atado a la idea de conservar su enfermedad.

Por definición, la demanda encubre la estructura una falla entre la demanda y el deseo. Generalmente, la demanda a las instituciones ocurre tras una irrupción súbita e inasimilable acaecida a un individuo, ante esa “urgencia se convocan las figuras clásicas del amo para dar una respuesta sobre el ser o sobre el cuerpo” (Brodsky, 2002, p. 29); mientras que, el apremio que se suscita puede teñirse, incluso, de tragedia debido a la naturaleza misma de dichos espacios.

La manifestación de afectos es lo que se muestra con mayor evidencia ante este padecimiento sin-palabras, lo que refleja las alteraciones extremas de la tensión inconsciente. Según Nasio (1996) el yo advierte las variaciones pulsionales para hacerlas repercutir en la conciencia en forma de afectos. Sin embargo, como se estableció previamente, se trata de una repetición bajo diversos aspectos que se imponen. En palabras de Freud (1926/1979): “Los estados afectivos están incorporados en la vida anímica como unas sedimentaciones de antiquísimas vivencias traumáticas y, en situaciones parecidas, despiertan como unos símbolos mnémicos” (p. 89).

Es sabida la distinción realizada por Freud respecto de las neurosis traumáticas y las psiconeurosis; explica que en las primeras, el enfermo no consiguen finiquitar alguna situación traumática, siendo ésta una tarea actual e insoslayable, de gran intensidad que su tramitación por las vías habituales fracasa, resultando trastornos duraderos para la economía energética (Freud, 1917b/1976). Por otro lado, la formación del síntoma y el vencimiento de la resistencia en transferencia, en función de una psiconeurosis, es analizado en términos dinámicos (Freud, 1914/1980).

Ante una psiconeurosis, pareciera que lo *traumático* pierde su contenido, pues suele ser común y superable con el tiempo, sin embargo, Freud (1917b/1976) afirma que “la formación de síntoma es un sustituto de algo diverso, que está interceptado [énfasis añadido]. (...) ha ocurrido algo así como una permutación; si se logra deshacerla, la terapia de los síntomas neuróticos habrá cumplido exitosamente su tarea.” (p. 256). Los síntomas de una psiconeurosis pasajera e inocua pueden volver a emerger más tarde en otros síntomas, donde la situación traumática juega un papel relevante en este proceso.

En correspondencia con ello, frente a las manifestaciones sintomáticas que despliega un individuo suscitadas por la intercepción que acontece en un espacio institucional, el trabajo clínico se direcciona a que el paciente asocie libremente para simbolizar el padecimiento que la intercepción haga surgir, logrando una economía psíquica, es decir, consiste en una tramitación de los efectos traumáticos.

En ese sentido, bajo esta lógica institucional, no es posible continuar un tratamiento más allá del estadio en el que permanece el paciente en ese escenario, sólo se puede aspirar a mantener una, dos o tres encuentros; ante ello, la tramitación de los efectos traumáticos es un objetivo factible. Mientras que, un trabajo sobre la dinámica de la formación del síntoma y la elaboración de las resistencias, se requeriría de un tiempo prolongado.

Es decir, una práctica que se oriente hacia el fin del análisis, donde se aspire a un tratamiento sobre la economía psíquica o la elaboración de las resistencias no depende del factor temporal o las características institucionales, sino de las condiciones transferenciales, del posicionamiento tomado por el paciente y clínico durante el trabajo clínico. Le Poulichet (1996) puntualiza que “cada experiencia analítica despliega un estilo singular de devenir que posee su ritmo propio, más allá de nuestra representación del tiempo” (p. 12) y añade que la duración y el número de las sesiones no garantiza una experiencia analítica.

Cabe mencionar, que no se niega el carácter necesario de que se instaure un tiempo para que haya una experiencia analítica pero ese tiempo, de acuerdo con Le Poulichet (1996) no se rige por el reloj, sino por la transferencia, siendo ésta, “un tiempo de consumación de los acontecimientos psíquicos” (p. 13).

Fundamentando el carácter analítico de la práctica clínica en condiciones no ortodoxas

De principio, se establece que la finalidad que persigue la institución no es analítica, por ello es ineludible el diálogo y en algunas ocasiones, incluso sucede una confrontación con los discursos incorporados. En consecuencia, Greiser (2012) propone transformar las causas institucionales que se formulan como demanda, en escucha a un sujeto, con el fin de identificar si existe una demanda analítica y desde ahí legitimar la configuración de una clínica psicoanalítica. Esta última, no puede evaluarse en función de lo que la institución demanda, de esa manera, no se responde al amo, sino al sujeto, mediante la escucha de éste, aunque no sea reconocido como tal por el discurso instituido.

La argumentación acerca del fundamento analítico de la práctica realizada en contextos no ortodoxos se centra en que el trabajo clínico, independientemente del encuadre en el que se lleve a cabo, tendría que dirigirse hacia los elementos pulsionales, los cuales no son factibles de encuadrarse, lo inconsciente es imposible de someterse a criterios lógicos.

A este respecto, Rubistein (2009), afirma que el encuentro con un analista mantiene la oportunidad de que la demanda se oriente al saber inconsciente y la transferencia sea emplee en la construcción de saber y no para la sugestión o la desestimación del padecimiento, como suele ocurrir en las instituciones. La dirección del trabajo analítico apunta a lo real de la castración y hacia una modificación de su economía libidinal, sin importar hasta donde se haya llegado en el caso.

Siguiendo los argumentos de Rêgo (2003), es necesario cuestionar cuáles son los principios que le sirven de base al standard, pues afirma que frecuentemente se presenta como una degradación de los principios de la práctica psicoanalítica, dado que muestra las características accesorias pero no lo esencial de sus principios. El standard consiste en seguir una norma universal, excluyendo cualquier práctica alejada del patrón de conducta, debido a que éstos dictan la manera en que se legaliza la pertenencia al grupo. Como puede deducirse, el standard representa lo que se repite sin invención, no obstante, funciona para que los principios fundamentales no se pierdan; la consecuencia, en algunos casos, llegar a ser la eliminación de la contingencia y la sorpresa.

Cabe mencionar que lo sustancial no radica en elegir entre el standard o los principios, pues implicaría sustituir un imperativo por otro, ya que el standard sería el no standard. Más bien, el punto es demostrar que la modalidad práctica, es decir, el dispositivo, es coherente con los principios del psicoanálisis, y además, manteniendo una lógica de la técnica basado en un análisis metapsicológico. De esa manera, la práctica adquiere singularidad.

Es la práctica misma la que genera sus principios inherentes para configurar un dispositivo que tenga el objetivo de atender las expresiones de la subjetividad, al margen de las características del contexto donde se despliegue. Es necesario que tales particularidades se incorporen para hacerlos funcionar a favor del dispositivo psicoanalítico, no obstante, algunas características podrán permanecer o imponerse como obstáculos. De cualquier manera, es una labor imposible de sistematizarse, en ese sentido, Laia (2003) afirma que ante los materiales heterogéneos que conforman un campo institucional, se identifican los que sean susceptibles de disponer y con ello, “la posibilidad de hacer avanzar su trabajo encontrando siempre una u otra pieza que podrá servir

a la solución que un paciente encontró, a través de su síntoma, para lo que le afecta el cuerpo” (p. 102).

El sujeto acude a las instituciones, generalmente, en estado de crisis o urgencia en busca de auxilio, de un saber acerca de ellos mismos y su padecimiento, de la angustia que lo domina. En ese sentido, la función de la práctica psicoanalítica es generar una escucha ante lo que las manifestaciones del sufrimiento develan en una cadena de recuerdos y sobre lo cual, la institución es inconsistente, mientras que el individuo decidirá si inicia o no el camino para investigar acerca de su deseo.

El carácter analítico de una práctica clínica se sustenta en que a diferencia de otras terapéuticas, de acuerdo con Nemirovsky (2003), se otorga un lugar a los elementos anormales que usualmente se intenta normalizar desde posiciones epistemológicas distintas al psicoanálisis. La práctica clínica se califica como psicoanalítica si logra dar cuenta de lo real en juego, aunque no se haya llegado al punto establecido por el setting, puesto que se basa en la lógica y principios psicoanalíticos permitiendo que lo real del goce no quede eludido.

En resumen, la práctica clínica en contextos institucionales se sustenta por los principios éticos que rigen al psicoanálisis, mientras que el síntoma es la herramienta ética, pues no hay sujeto sin síntoma (Greiser, 2012). De acuerdo con esto, lo que se abre paso es una definición de la transferencia, si en teoría ésta es base de las relaciones entre sujetos y lo indispensable es que se asuma como tal para direccionar el trabajo a partir de las posibilidades que supone, para elevarla a concepto psicoanalítico, es necesario que en esa definición se establezca el posicionamiento tanto del clínico como del paciente, y la función que el clínico ejerce durante los encuentros que sostenga.

La función, de acuerdo a Brodsky (2003) refiere a aquello que se debe realizar para desempeñar un papel, además, también está relacionada con el lugar donde se cumpla; en este caso se trata de la función de un agente psicoanalítico en una institución, enfrentado a condiciones no ortodoxas. Por su parte, Laia (2003) afirma que esa función no consiste en ser el autor o el creador de algo a partir de materiales heterogéneos, sino la de un objeto que descompone la demanda que surge desde el discurso instituido.

Mientras que, por otro lado, el posicionamiento involucra tanto al agente, como al paciente en transferencia. Respecto al correspondiente a este último, Medina (2003) afirma que consiste en que a partir del deseo, se abra camino para acceder a la pulsión; la posición que toma quien habla frente a sus dichos, localizando su decir como sujeto. Pérez (2003) añade que si el paciente se encuentra en condiciones para que la experiencia analítica se produzca, restaría una respuesta ética y clínicamente fundada desde el psicoanálisis y que esa respuesta tenga como efecto mantener abierto lo inconsciente. Continúa:

Básicamente se trata de no sustituir una ética con una técnica, de no confundir unos principios con unos preceptos; de rescatar la naturaleza del análisis como una cura ‘uno por uno’, que requiere ser reinventado en cada caso; de no hacer de la teoría un cliché a riesgo de hacer de la posición analítica una pura impostura (p. 140).

Es en este punto donde Medina (2003) ubica la distinción entre lo psicoanalítico o no psicoanalítico, es decir, no se trata de establecer de conformidad que la práctica consiste en la palabra y la escucha, pues ante tal afirmación no se franquea el límite entre lo analítico o lo que no lo es, sino en la posición ética implícita al hacer inconsistir al Otro.

Este planteamiento ético cobra relevancia cuando se entiende la dimensión que el dolor y el sufrimiento pueden alcanzar en un sujeto, ya que la experiencia del sufrir, de acuerdo con Bilbao y Morlans (2010) “supone la elaboración de un trabajo de pensamiento extremadamente íntimo,

construido en torno de las grandes cuestiones abiertas por la vida, la muerte y la enfermedad” (p. 10), ordenando de esa manera, una relación posible con la vida, una condición de existencia.

No obstante, “ese saber no es operable si él no participa de una condición de *no saber*” (Bilbao & Morlans, 2010, p. 11), mientras que, la exclusión del sufrimiento puede tener alcances mortíferos al no acceder a la posibilidad de nombrar la vida, el dolor, la muerte y la enfermedad cuando es acogido por discursos denegatorios que vuelven el sufrimiento un asunto que intenta la administración de la subjetividad (Bilbao & Morlans, 2010). Ahí radica la suma importancia de la ética que sostiene el posicionamiento transferencial tanto del paciente, como del clínico. Así, igualmente se dimensiona la significación que el sufrimiento cumple para la economía psíquica, si esto es denegado, las intervenciones pueden tornarse una técnica servil a las ingenierías de adaptación y administración del sufrimiento.

Conclusiones

En lo expuesto hasta el momento, consideramos que se encuentran los argumentos teóricos para afirmar que se puede establecer una práctica psicoanalítica en contextos no ortodoxos, es decir, cuando no están presentes las características accesorias y circunstanciales marcadas por el encuadre tradicional. Asimismo, se justifica las repercusiones a nivel de la subjetividad que dichas prácticas son susceptibles de generar para la economía psíquica y se establecieron los elementos esenciales para configurar un dispositivo analítico.

De acuerdo con Lacan (1964/2013) una praxis - como se eligió denominar el trabajo realizado en contextos no ortodoxos - designa “una acción concertada por el hombre, sea cual fuera, que le da la posibilidad de tratar lo real mediante lo simbólico” (p. 14), entendida de esa manera y considerando el campo que la misma praxis delimita, se procuran un sinnúmero de posibilidades clínicas.

Aunque, este tipo de práctica clínica se propone como una intervención de las múltiples alternativas que se pueden realizar sobre el método psicoanalítico para configurar un dispositivo en función de la problemática a la que se direcciona. Freud (1937/1980), al analizar las cuestiones alrededor del fin o término del análisis concluye que “comoquiera que uno se formule esta cuestión en la teoría, la terminación de un análisis es, (...) un asunto práctico. El análisis debe crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo; con ello quedaría tramitada su tarea” (p. 251). Eso es lo que el dispositivo psicoanalítico configurado en contextos no ortodoxos y bajo las condiciones temporales que aquí se exponen sí está en posibilidades de disponer, como se argumentó a lo largo del artículo.

Sin embargo, no se está en posibilidades de sostener que sea un psicoanálisis *puro*, según la conceptualización que Lacan ofrece al respecto, básicamente, se defiende la idea de que estas prácticas apuntan hacia la economía psíquica debido a las condiciones en las que se manifiesta el sufrimiento en estos espacios, no obstante, se encuentran escasas posibilidades de emplear la transferencia para el vencimiento y la elaboración de las resistencias, necesariamente ese proceso tendría que llevarse bajo otras modalidades que no son las que se presentan en los contextos que aquí se describen, justamente porque difícilmente puede haber un apropiación de la subjetividad cuando se está inserto en una institución, ese trabajo inicia al cancelarse la identificación con ella.

Referencias

Bilbao, A., & Morlans, I. (2010). *Duelo, pérdida y separación: Figuras del sufrimiento humano*. Valparaíso: Ediciones Universitarias de Valparaíso

- Brodsky, G. (2003). La solución del síntoma. In I. Negri (Comp.), *Los usos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Freud, S. (1978). Estudios sobre la histeria. In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 2*. Buenos Aires: Amorrortu. (Original publicado em 1893-1895)
- Freud, S. (1978). El método psicoanalítico de Freud. *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 7*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1904)
- Freud, S. (1978). Sobre psicoterapia. In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 7*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1905)
- Freud, S. (1979). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 11*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1910a)
- Freud, S. (1979). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 11*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1910b)
- Freud, S. (1980). Trabajos sobre técnica psicoanalítica. In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 12*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1911-1915)
- Freud, S. (1990). Sobre la dinámica de la transferencia. In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 12*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1912)
- Freud, S. (1980). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 12*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1913)
- Freud, S. (1980). Recordar, repetir, reelaborar. In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 12*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1914)
- Freud, S. (1976). 17ª conferencia. El sentido de los síntomas. In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 16*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1917a)
- Freud, S. (1976). 18ª conferencia. La fijación al trauma, lo inconciente. In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 16*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1917b)
- Freud, S. (1976). 27ª conferencia. La transferencia. In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 16*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1917c)
- Freud, S. (1976). 28ª conferencia. La terapia analítica. In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 16*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1917d)
- Freud, S. (1979). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 17*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1919)
- Freud, S. (1979). Dos artículos de enciclopedia: «Psicoanálisis y «Teoría de la Libido». In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 18*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1923)
- Freud, S. (1980). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 17*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1923)
- Freud, S. (1926/1979). Inhibición, síntoma y angustia. In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 20*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1926)
- Freud, S. (1937/1980). Análisis terminable e interminable. In *Sigmund Freud. Obras completas, Vol. 23*. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado em 1937)
- Greiser, I. (2012). *Psicoanálisis sin diván: los fundamentos de la práctica analítica en los dispositivos jurídico asistenciales*. Madrid: Grupo planeta
- Jabif, E. (1998). Alma y su dolor. Ponencia presentada en *Jornadas de la Práctica Psicoanalítica «Lo Real de la Transferencia»*. Plenario *Lo real de la Transferencia*, de <http://www.efba.org/efbaonline/jabife-05.htm>.
- Lacan, J. (2013). *El seminario, libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós (Original publicado em 1964)
- Lacan, J. (2010). *Intervenciones y Textos*. Buenos Aires: Manantial (Original publicado em 1986)

- Laia, S. (2003). La práctica analítica en las instituciones. In I. Negri (Comp.) *Los usos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Le Poulichet, S. (1996). *La obra del tiempo en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu
- Medina, I. (2003). Un decir en el Estado Social de Derecho. In I. Negri (Comp.) *Los usos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Nasio, J. (1996). *El libro del dolor y del amor*. Buenos Aires: Gedisa
- Negri, I. (2003). *Los usos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Nemirovsky, F. (2003). ¿Qué terapéutica? In I. Negri (Comp.) *Los usos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Pérez, J. (2003). Demanda y respuesta en la clínica psicoanalítica. In I. Negri (Comp.) *Los usos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Rêgo, R. (2003). Sin standard, pero no sin principios. In I. Negri (Comp.) *Los usos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Rojas, M & Vega, B. (2008). *Las posibilidades del dispositivo psicoanalítico en el medio hospitalario analizadas a partir de una experiencia realizada en México*, de http://www.psicopatologiafundamental.org/material/8_cong_anais/ppf_1.pdf.
- Rubistein, A. (2009). El deseo del analista: saber hacer con lo que hay. *Virtualia*, 19.

Citação/Citation: Ochoa, E., Hernández, M. (2018) Transferencia en condiciones no ortodoxas: Su Especificidad. *Trivium: Estudos Interdisciplinares* (Ano X, Ed. 2), p. 219-231.

Recebido em: 30/05/2017
Aprovado em: 01/10/2017