



Resistencias en la clínica

Florencia Arias

Desde la Secretaría Clínica venimos trabajando hace 4 años con dos Hospitales en Mercedes y Exaltación de la Cruz, ubicados en la provincia de Buenos Aires, realizando supervisiones mensuales, solicitadas oportunamente por ellos. Esa demanda de supervisión se renueva año a año, es decir no es algo establecido, automático, sino que es un efecto fruto de una transferencia de trabajo construida en estos años.

Los tratamientos tienen sus obstáculos, impasses, complicaciones. Pero al momento de supervisar el problema le concierne al analista. Muchas veces es allí cuando el analista decide supervisar.

Desde la Secretaría nos preguntamos, desde el lado del que supervisa: ¿qué conduce a alguien a supervisar ese analizante y no otro, en ese momento?

Desde el lado del supervisor: ¿qué tarea le concierne realizar ante una consulta de supervisión?

Y, específicamente en las supervisión en hospitales que venimos realizando ¿qué otras cuestiones salen a la luz?

En ocasiones durante las supervisiones nos encontramos con ciertos interrogantes: “¿Qué debería hacer con esta situación?” “¿Qué quiere decir lo que dijo el paciente?” “¿Estoy conduciendo bien el análisis?” “Quisiera que esta persona no venga más”

De nuevo ¿cuál es la particularidad que se trata en una supervisión?, es la pregunta que nos convoca.

Suele llevarse a la supervisión aquello con lo que se tropieza como analista en un análisis determinado. Algún detenimiento en el análisis, una desorientación, un estancamiento, cuándo el analista no sabe cómo está ubicado en la transferencia. En el mejor de los casos en el momento de supervisar, se puede ubicar una pregunta. O sea, se supervisa cuando algo en la escucha analítica se obtura y el analista pierde la distancia suficiente para ocupar el lugar de objeto causa. Tal como refiere Lacan: la resistencia es del analista.

Vale hacer la salvedad que nos ha costado bastante encontrar material sobre supervisión propiamente dicho al momento de recabar información al respecto.

Es nuestra intención también comentar algunas cuestiones de las reuniones de trabajo que hemos tenido de la Secretaría Clínica, que van de la mano con lo trabajado para este encuentro, en relación a la transmisión de la EFA sobre la práctica clínica, que nos orienta en estos 50 años que cumplimos de Escuela.

Considerando el libro “La dimensión Clínica del Psicoanálisis” de Norberto Ferreyra, la clínica no es algo que pueda ser mencionada literalmente, no es una descripción de hechos, hay algo que se escapa, que no puede ser dicho / recordado, porque pasa en ese lugar, en ese momento, en esa sesión.

Esa **imposibilidad, ese límite** lo encuentro solidario con la falta de objeto de la estructura.

No hay posibilidad de una transcripción literal de los decires del analizante, tampoco de las intervenciones del analista. Si así fuera, sería equivalente a una correspondencia entre las ideas y las cosas. Y como sabemos, esto en el psicoanálisis no es posible porque el significante no se significa a sí mismo, por la falta de objeto función del objeto a.

Entonces ¿cómo se transmite la clínica? Uno tiene que ir encontrando las “operaciones lógicas” de un análisis y dar cuenta de las mismas. Hecho que se que se puede ir armando a posteriori, retroactivamente.

Es esta una de las tareas del analista, dar cuenta de esto.

En ocasiones, luego de una supervisión o varias de ellas, puede surgir un efecto de esas operaciones lógicas de un análisis. (ej. entrada en análisis, cambio en la posición subjetiva)

¿Qué supervisamos?

Mi hipótesis es que se supervisa algo que concierne a las resistencias del analista, que están en juego al momento de escuchar al analizante, lo que suscita que algo de la escucha analítica de ese análisis se tapone.

Pueden surgir resistencias cuando algo que dice el paciente toca el fantasma del analista, y el analista por ejemplo, puede llegar allí a dar la señal de angustia, se corre de ocupar el lugar de objeto, respondiendo en cierto modo como sujeto.

La cuestión es poder ubicarlo. Puede esto acarrear que se decida supervisar, o llevar la situación al propio análisis.

Por otra parte, y respondiendo a una de los interrogantes iniciales, particularmente en las supervisiones en los hospitales, nos encontramos con situaciones que van en desmedro de la palabra y el sujeto. Prevalece el discurso de la ciencia por sobre el sujeto del inconsciente y el despliegue de la subjetividad. En esas ocasiones se vislumbra un acallamiento del paciente, donde en ocasiones se le contesta con un procedimiento, un protocolo, en ocasiones “solicitado desde la Dirección de la institución”. Esto ocasiona preguntas y malestar para los propios analistas que se encuentran en medio de esas problemáticas, a veces sin darse cuenta.

Cabe aclarar que estos son temas que aparecen en las supervisiones que venimos llevando a cabo.

Sería este otro abordaje de la resistencia, **la resistencia hacia el discurso del psicoanálisis**, donde nuestra labor creo es enfatizar el valor de la palabra.

Cito a Norberto Ferreyra en el capítulo 3 de “La dimensión Clínica del Psicoanálisis” *“¿Por qué se le pide al psicoanálisis que sea simple y no a la filosofía o a la ciencia? En psicoanálisis hay un bien común que es la lengua, que también está en la filosofía o en la ciencia, nada más que en psicoanálisis, por suerte de ironía y a la vez de provocación, es con lo más común que creamos una especificidad que se hace disciplina o discurso. Es por eso que la resistencia al psicoanálisis puede aparecer en la dificultad de que algo sea simple”*.

Además, es importante destacar que también que **las resistencias forman parte de la cura del paciente.**

Con esto me refiero que el trabajo en el análisis es con las resistencias que trae el paciente, no sin ellas, o en contra de ellas. En inglés hay una expresión “work through”, “trabajar a través”, término que parecería ser apropiado en relación al texto que plantea Freud en “Recordar Repetir Reelaborar” (1914) del cual señalaremos algunas cuestiones en relación al manejo de las transferencias.

Es en el texto citado dónde Freud indica el tercer momento de la clínica psicoanalítica, a partir de la asociación libre. Señala que el paciente diga lo que se le ocurra en cada sesión, no ya que hable de un tema en particular. *“El médico se vale del arte interpretativo para discernir las resistencias y hacerles conscientes al enfermo”.*

Refiere que cuando no se puede recordar, el paciente repite, lo actúa *“no lo reproduce como recuerdo, sino como acción”*, sin saberlo, y esto se pondrá en relación con la figura del médico mediante la transferencia. Destaca que aquella repetición posee una fuerza actual.

Se pregunta sobre la relación de esta compulsión a la repetición con la transferencia y la resistencia.

Asevera que a mayor resistencia, mayor será sustituido el recordar por el actuar. (repetir) *“No podemos tratar su enfermedad como un episodio histórico sino como un poder actual”* Se repite en vez de recordar bajo las condiciones de la resistencia.

Propone vencer las resistencias, dejándolas entrar en el tratamiento “pieza por pieza” mediante la regla fundamental.

Refiere que es preciso **dar tiempo** para enfrascarse en las resistencias para **reelaborarla**, poniéndolas en conocimiento de parte del médico al paciente, ya que él desconoce. Esto permitirá una sustitución de una neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia.

Al formar parte este texto dentro de “Los consejos al médico”, casi al finalizar hace una indicación. De parte del analista es importante **esperar**. El vencimiento de las resistencias, es un decurso que **no puede ser evitado ni apurado**.

Se distingue entonces de una técnica sugestiva.

Considero que en ocasiones la resistencia del analista puede suscitarse por no poder soportar escuchar (hacer soporte) lo que el paciente tiene para decir a través de esa repetición, que en el texto citado Freud la especifica como compulsión a la repetición.

Para concluir me animo a destacar que la **escucha y la resistencia** son los dos vectores que orientan la supervisión.

De parte del supervisor: la escucha y su intervención orientará a reconducir las resistencias que se le juegan al analista que concurre a supervisar. Y tal vez el analista que supervisa luego de pasar por esa experiencia, pueda retroactivamente escuchar algo que le concierne para ubicarse mejor en la transferencia del análisis que conduce.

Bibliografía:

Freud S. Recordar Repetir reelaborar (1914)

Ferreyra N. La dimensión clínica del psicoanálisis. Ed Kliné