



Virtualia

Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana

SUMARIO

#14

Enero / Febrero 2006

MESA DE PRESENTACIÓN DE VIRTUALIA EN EL PALAIS DE GLACE

Una paradoja de las sectas contemporáneas

Por Romildo do Rêgo Barros

N.P. U.S.

Por Alicia Arenas

Todos contra la pared

Por Monica Torres

MALESTAR EN LA CULTURA

Mesa redonda en la Biblioteca Nacional

Pensar la época

Por Jorge Alemán, José Nun y Juan Carlos Indart

ENCUENTRO AMERICANO

EOL: El control y la política del psicoanálisis

Relator Gustavo Stiglitz

EOL: Equipos de Urgencias Subjetivas

Relator Guillermo Belaga

EBP: Sorpresa y vergüenza. Resultados terapéuticos de una presentación de enfermos.

Relator Frederico Feu de Carvalho

EBP: Programa Sentinela: de víctima a una posible subjetividad. El tratamiento de la palabra

Relator Maria Cristina Maia de Oliveira Fernandes

NEL: El sujeto plusmoderno

Relator Juan Carlos Ubiluz

NEL: Las nuevas configuraciones familiares: estudio de la función simbólica en la estructura familiar del niño maltratado

Relator Equipo de investigadores de AGALMA, Ronald Potillo, Luigi Longo, Aliana Santana, Sergio Garroni

COMENTARIO DE LIBROS

Satne, Glenda. El argumento escéptico: de Wittgenstein a Kripke. Grama ediciones, 2005.

Prólogo de Alberto Moretti

XV ENCUENTRO BRASILEÑO DEL CAMPO FREUDIANO

Reseña del Seminario de Graciela Brodsky en el XV Encontro Brasileiro do Campo Freudiano

Por Sônia Vicente (EBP-AMP)

Apertura del XV Encuentro Brasileiro del Campo Freudiano

Por Nora Gonçalves

DOSSIER DEPRESIÓN

La depresión, ¿felicidad del sujeto?

Por Pierre Skriabine (ECF)

Hacia un afecto nuevo

Por Éric Laurent (ECF)

Adolescentes, depresión y modernidad

Por Piedad Spurrier (NEL)

“Depresión” y rectificación subjetiva: efectos terapéuticos, ¿rápidos o breves?

Por Enric Berenguer (ELP)

El espectro de la muerte sobre el sujeto

Por Amanda Goya (ELP)

Freud y la psiquiatría de los humores

Por Marcelo Veras (EBP)

Tristeza y depresión

Por Claudio Godoy (EOL)

Clínica psicoanalítica de la depresión y la melancolía

Por Roberto Mazzuca (EOL)

ENCUENTRO PIPOL II

*Les effets thérapeutiques rapides en psychanalyse
Consulter la psychanalyse*

Extractos de la intervención de Jean-Claude Milner en el Encuentro PIPOL 2

Por Jean-Claude Milner

¿Cómo definir una cura rápida?

Por Vicente Palomera

Encontrar la causa

Por Miquel Bassols

El acto, aún

Por Pierre Malengreau

La consulta psicoanalítica: cortocircuito

Por La consulta psicoanalítica: cortocircuito

La demanda de desagregación sintomática

Por Dominique Laurent

XIV JORNADAS ANUALES DE LA EOL

Reseña de las XIV Jornadas Anuales de la EOL

Por María Inés Negri

PIPOL 2 - Les effets thérapeutiques rapides en psychanalyse

Consulter la psychanalyse

La consulta psicoanalítica: cortocircuito

Por Serge Cottet

El psicoanálisis aplicado no tiene una sólo forma de aplicación: la atención en el CPCT introduce rasgos que lo hacen particular. La duración estricta de cuatro meses de tratamiento, el manejo de la transferencia, el activismo del analista, la presencia del analista como objeto, el cara a cara, están al servicio de la búsqueda de efectos terapéuticos rápidos. La presencia de nuevas formas de la demanda, la variabilidad de los síntomas que se presentan, dan lugar a un tratamiento singular: “no diremos que el destino de la persona se ha jugado. Es bueno ya que una vida vuelva a ponerse un movimiento, que un síncope subjetivo se anule, que una fobia desaparezca. Este camino corto, sin embargo, habrá bastado al movilizar un deseo de saber que otras terapias se dedican a sofocar”.

Nos vamos a ocupar de la práctica en el Centro Psicoanalítico de Consulta y de tratamiento (CPCT), de la calle de Chabrol, París 10. Esta inscripción del psicoanalista en la ciudad a través de una institución, lo asimila a un terapeuta como el que existe en los dispensarios. La palabra “consulta” tiene una fuerte connotación médica que está reconocida y asumida. Se espera una opinión, un diagnóstico, un pronóstico, un tratamiento. Se consulta de la misma forma en que nos dirigimos a un clínico de barrio. Nada de lista de espera; el que nos recibe es alguien anónimo, alguien cualquiera para el paciente pero que, no obstante, para la institución es alguien. No es uno el que lo elige. Estas condiciones explican ciertas particularidades del CPCT, y particularmente la indiferencia respecto del encuadre analítico, de su ritual, de sus semblantes. Aquí, la consulta es en sí misma el tratamiento. En efecto, la mira terapéutica explícita, no impide tratar la demanda misma, de darle forma como tratamos una pregunta, reducir la queja a lo esencial. Nos abstenemos de aconsejar, orientar, incluso de orientar hacia otro lugar que no sea el CPCT; decimos que la consulta es en sí misma el tratamiento porque el sujeto es invitado a decir qué medios tiene para tratar él mismo la pregunta y que ayuda podemos aportarle.

Podemos pensar en las entrevistas preliminares, no obstante, la consulta se distingue de ellas. Las preliminares proceden a la puesta en marcha de la transferencia, a la apertura del inconsciente, a la extensión del discurso. La consulta guarda esto en intención, no prepara los grandes viajes.

Las particularidades del CPCT están al servicio de un resultado breve. Contrariamente a otras instituciones de ayuda psicológica, CMP o BAPU, se fija de entrada una duración de cuatro meses. En efecto, el tiempo apremia; no damos al sujeto el tiempo de gozar de la asociación libre. En estas condiciones la transferencia no es activada por el silencio o la interpretación. La parte reducida del artificio no es apropiada para hacer resplandecer al inconsciente, no más que al Sujeto supuesto Saber.

Esas circunstancias nos recuerdan que en la historia del psicoanálisis otros han tenido la misma idea: para obtener efectos terapéuticos rápidos modificamos el encuadre de la consulta con el propósito de cortocircuitar al inconsciente. Con el concepto de focalización, los partidarios de las terapias breves quisieron aliviar al sujeto de su síntoma sin pasar por el arcaísmo del fantasma y la pasión de la transferencia. No podemos seguir a Balint y a sus alumnos en ese forzamiento terapéutico con aires de censura. Lo ideal sería dar a esta brevedad una justificación nueva y contemporánea. La analogía del encuadre, nuevos estándares, deben continuar siendo compatible con nuestros principios. Por otra parte, podemos traducir, en lacaniano, el dispositivo en cuestión:

1- La negligencia selectiva: se hace en provecho de los problemas actuales del sujeto. Implica un cierto activismo del terapeuta que no espera, necesariamente, los signos de la transferencia para interpretar. Suponemos, en efecto, que es la institución misma, más que el terapeuta, la que soporta el Sujeto supuesto Saber.

2- La focalización: se aísla lo real del síntoma dejando al paciente la tarea de elaborar su causa, sus coordenadas históricas y familiares. La terapia focal no le teme a nada tanto como a la transferencia. No objetamos la focalización sobre el analista. El cara a cara es la presencia del psicoanalista como objeto y no solamente simple escucha. En definitiva, son los parámetros del fin de análisis ortodoxo que son los más apropiados para el recorte y la formalización de nuestra nueva experiencia. Vemos claramente en este caso, la función instrumental del terapeuta bien alejado de toda dialéctica intersubjetiva. Nos servimos del análisis antes de prescindir de él al cabo de algunas semanas.

3- La terminación fijada de antemano no cortocircuita nada pero provoca la aceleración del tiempo de comprender, lo que hace de cada consulta un acontecimiento. La cura no es, entonces, la adición de un número limitado de sesiones definidas por un protocolo. El efecto terapéutico se produce o no se produce, pero si se produce es al cabo de cuatro meses, entonces, como diría Perogrullo: si el tiempo es limitado, el efecto es rápido, si debe haber allí un efecto.

El efecto, con frecuencia positivo, ¿es de sugestión en un tiempo limitado, desde el comienzo hasta que finaliza a los cuatro meses?

El solo hecho de dar la palabra al sujeto produce, lo sabemos, el alivio debido a la escucha. El CPCT pretende hacer más que escuchar: entender e interpretar más espontáneamente que en el consultorio. La cuestión no es tanto saber si el sujeto es analizable sino responder de forma apropiada a una demanda aún desfasada respecto al discurso analítico, y a la cual es sorda, evidentemente, la psicoterapia comportamental. La sugestión, es necesario recordarlo, supone un manejo de los semblantes que no es flagrante en la institución. La autoridad, el prestigio, el agalma del hipnotizador no reposa más que en el significante amo: el significante imperativo. Este último supone al Otro que quiere vuestro bien y sabe, antes que usted, cómo alcanzarlo. El sujeto no demanda tanto, y no se hace, generalmente, ilusiones sobre las soluciones que aportaría una dirección de conciencia. Muchos de ellos han ya pagado mucho los daños producidos por manipulaciones psicológicas de todo tipo: TCC, PNL, etc. El rasgo de exclusión característico de la mayoría de los pacientes del CPCT se redoblan por el fracaso de las instituciones y el desmoronamiento de las estructuras de recepción de donde nos llegan frecuentemente esos pacientes. Esos desenlaces están frecuentemente conectadas a lo psi. y a todas sus formas de explotación contemporánea de la miseria psíquica.

Son raros los pacientes del CPCT que jamás han consultado a un psiquiatra, un psicólogo, un psicoanalista, un comportamentalista, un sofrólogo, un gurú. Ellos llegan aquí, entonces, como último recurso al cabo de un camino jalonado por múltiples responsables. La consulta es lo común del que queda sin lazo.

Ese real nos obliga a entenderlas a título de una objeción hecha a las orientaciones con frecuencia catastróficas que han padecido. El CPCT introduce finalmente una ruptura, una discontinuidad, frente al arsenal terapéutico que reduce el síntoma a un puro disfuncionamiento. En ausencia de toda receta, el sujeto experimenta su particularidad, puesto que ninguna norma o regla general le será comunicada para reabsorber su síntoma en la banalización de la uniformidad y del malestar general.

Veamos ahora por qué estas nuevas formas del síntoma justificarían una terapia activa, una aceleración de los efectos terapéuticos. Por qué el carácter híbrido de la patología, mixto de goce oscuro y de precariedad, se adapta a un modo de intervención del psicoanalista a contrapelo de su rol habitual: cara a cara, presencia activa, tiempo limitado, gratuidad.

Intentemos delinear el tipo ideal del paciente del CPCT: la patología del Otro se revela esencial, y caracteriza el trauma de hoy día; ya sea social o familiar. Siempre se incrimina a otro, y esto da al discurso del paciente un aire de víctima. Esta imputación de las dificultades subjetivas a un Otro desfalleciente no invita, necesariamente, al terapeuta a un rol del que registra. Más allá del secretario, tiene la función de: cuarto término provisorio, dedicándose a desabrochar los tres redondeles de ese nudo que forman el síntoma, la familia y el Otro social. Él está allí, entonces, menos como porta-voz que como perchero de un trasto del cual el sujeto quiere desembarazarse.

En lugar de pedir consejos, el que consulta se queja, sobre todo, de aquellos que le faltaron en el pasado. No es necesario el diván para que el discurso del paciente sea orientado hacia las carencias simbólicas cuyo prototipo la familia encarna. El psicoanálisis verifica que el ser pensante piensa en su familia desde que la oferta de la palabra le es propuesta. Ese primer momento de un análisis se reduce a la queja del alma bella antes que sepamos si es posible una rectificación subjetiva. La adherencia al Otro familiar como el abismo abierto por su desfallecimiento tienen la misma estructura: la de una dependencia extrema del sujeto que reprime el mito moderno del yo "que se construye a sí mismo".

Los ejemplos de ese modo contemporáneo en los que se ilustra este desfallecimiento son numerosos: Es la psicopatología cotidiana de la vida contemporánea. La trama (a la Benjamín Percec) la constituye un largo desfile. Estudiante provinciano que busca su camino en París; mujer joven contaminada por su marido sidoso que quiere divorciarse; homosexual que decide su *coming out* en el CPCT para no tener que hacerlo en su familia; una madre *madama* que sale de prisión pero que, románticamente, interroga al CPCT sobre el destino de su vida amorosa; un niño inquieto que se acuesta en la cama de su madre mientras que el padre se acuesta, en un colchón, a los pies de la cama, etc. Nosotros agregamos a esto las figuras inquietantes que signan la modernidad del trauma: padres homosexuales, enfermos mentales o pedófilos, padres o madres abandonados. Los duelos patológicos, las rupturas sentimentales dolorosas completan esas formas de abandono de las que somos testigos. La incidencia de lo real traumático es llevada al máximo. Constatamos, no obstante, que un decir esclarecido puede separar al sujeto del desorden contra el cual él se rebela, cortar el nudo que lo asfixia o, a la inversa, hacer aparecer la solidez de los lazos familiares que el sujeto creía rotos.

Por supuesto, esto es verdad para toda cura analítica, sin embargo, el análisis clásico privilegia medio-decir y ver de sesgo que sorprenda la verdad. Mientras que aquí privilegiamos toda intervención que deshace el nudo. Un efecto de alivio es frecuentemente el resultado. Es proporcional al efecto de liberación en relación con un destino que encadena al sujeto a su certidumbre.

El mito que el sujeto ha construido él mismo sobre el fondo de desgracia real, puede, con la ayuda de otro, deconstruirlo beneficiosamente. No es necesario disponer de un tiempo indefinido para producir esta rectificación. En algunas sesiones opera un alivio que separa ya el síntoma del efecto depresivo de no comprender nada de esto. Así, esta madre de familia solitaria, separada desde hace 15 años de su marido se interroga sobre su imposibilidad de divorciarse. Se da cuenta, en algunas sesiones que ella sigue sufriendo por el duelo de su hija fallecida hace 20 años. Mantiene el mito de una familia todavía unida y solidaria en el drama, para no soportar sola el dolor de esta pérdida. Ella se divorcia finalmente y me hace participar de su decisión en la última consulta.

Resumamos, para concluir, estos breves encuentros. Los efectos terapéuticos que resultan de ellos, por modestos o espectaculares que sean, son, sin ninguna duda, duraderos. El sujeto completó una primera vuelta sobre sí mismo que no prejuzga un relanzamiento o una reanudación posible. La persona que consulta no ha venido a consultar a los oráculos para decidir su destino. No diremos, en efecto, que el destino de la persona se ha jugado, como podemos decirlo de un encuentro con el analista en el encuadre adecuado. Es bueno ya que una vida vuelva a ponerse en movimiento, que un síncope subjetivo se anule, que una fobia desaparezca. Este camino corto, sin embargo, habrá bastado al movilizar un deseo de saber que otras terapias se dedican a sofocar.

Traducción: Liliana Bilbao

Establecimiento de texto: María Inés Negri