

Revista de Psicología

GEPU

Vol. 5 No. 2



Diciembre de 2014

www.revistadepsicologiagepu.es.tl



REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 5 No. 2 – Diciembre de 2014
ISSN 2145-6569



Editores

Argeli Arango Vasquez / Andrey Velásquez Fernández
argeli.arango@correounivalle.edu.co / andreyvelasquez@psicologos.com

COMITÉ EDITORIAL

Ruben Dario Yepes Universidad del Valle	Laura Daniela de los Rios Universidad Javeriana Cali	Fernando Palau Investigador Independiente	Nataly Chacon Morales GEPU	Angelica Arias Montoya Universidad del Valle
Juan Camilo Gomez Diaz Circulo Social del Self	Erika Yuliana Castro UCC Cali	Gillian Bradbury Jaramillo Universidad del Valle	Christian Mauricio Quintero Universidad del Valle	Jose Alejandro Niño ANEPSI

CONSULTORES NACIONALES

Leonel Valencia Legarda Universidad San Buenaventura	Jorge Alexander Daza Universidad Católica de Pereira	Andrés de Bedout Hoyos Universidad San Buenaventura	Ximena Ortega Delgado Universidad Mariana	Daniel Hurtado Cano Universidad Manuela Beltrán
--	--	---	---	---

CONSULTORES INTERNACIONALES

Marcela Alejandra Parra Universidad Autónoma de Barcelona	Blanca Hurtado Caceda Universidad Alas Peruanas	María Amparo Miranda Salazar Universidad del Valle de México	Adriana Savio Corvino Universidad de la República	Hilda Janett Caquias Escuela de Medicina de Ponce
---	---	--	---	---

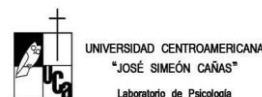
COORDINADORES DE DISTRIBUCION

Margarita Ojeda Asociación Paraguaya de Neuropsicología	Mario Rosero Ordoñez Universidad Mariana	Nora Couso Área de Medición Educativo Provincia del Chubut de Argentina	Pablo Antonio Vásquez Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica y la Salud Mental
---	--	---	---

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



Agradecimientos especiales en este número a la Asistente Editorial Diana Cristina Mosquera. La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio 385, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle.

Hecho en Colombia - Sudamérica.

Safe Creative Código 1507194665200

Revista de Psicología GEPU Vol. 5 No. 2 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol.--5-No.--2.htm>



Jván Alcaide Troncoso*

Universidad del Aconcagua / Chile

ACERCA DEL PSICOANÁLISIS, UN INTENTO DE DESMITIFICACIÓN. LA CULTURA, LO PÚBLICO Y EL PSICOANÁLISIS

83

Referencia Recomendada: Alcaide-Troncoso, I. (2014). Acerca del psicoanálisis, un intento de desmitificación. La cultura, lo público y el psicoanálisis. *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 83-91.

Resumen: En este texto se intenta visualizar la idea de tratamiento sobre la idea de técnica, realidad que nos permite trabajar desde una mirada psicoanalítica en el sector público. También las palabras de este escrito caminan por proponer que es el terapeuta el que debe ir adaptándose a la singularidad del paciente, en vez de ser éste el que se adapta a la teoría o a las reglas formales de los trabajos en el sector público. A la vez, nos introduciremos en derribar los nudos propios que se gestan en la intervención del trabajo en el sector público, tratando tópicos asociados a la demanda de análisis, la identificación y sobre determinación de los diagnósticos, los tiempos de intervención etc. Con lo antes mencionado el intento último de estas palabras versan sobre situar el lugar del analista como una

posición ética en desmedro de una posición moral, resaltamos el ser del terapeuta en su escucha y la posibilidad de aprender la teoría para olvidarla en el contexto de análisis, con lo cual se deja una posición moral y se ingresa en la singularidad del paciente, así podemos generar un marco de confianza necesario, real y vivo que pueda descongelar las fallas ambientales del paciente y así éste pueda recuperar la continuidad de su existencia, sin sentirse indoctrinado ni obligado por el narcisismo teórico que hace de los pacientes objetos de las teorías e instituciones, en vez de sujetos de su inconsciente y de la cultura, vale decir que la intervención sea aproximada desde un lugar excéntrico (inconsciente) en vez de un lugar central (yo-consciencia).

Palabras Clave: Sector público, Tratamiento, Técnica psicoanálisis.

Recibido: 6 de Mayo de 2013

Aprobado: 14 de Mayo de 2014

* Psicólogo en proceso de acreditación clínica, Diplomado y pos-título en Psicoanálisis (IPPSA), Psicoterapeuta psicoanalítico, Psicólogo CESFAM de Putaendo y docente de la universidad UAC. Correo electrónico: lovage_16@hotmail.com

Luego de un par de años como terapeuta de pacientes en el sector público (red ¹SENAME y atención de consultorios), nace en mí la necesidad de preguntarme y desarrollar un escrito relacionado con la ética de la intervención, desde la lógica psicoanalítica asociada a estos contextos. A partir de aquello resuenan en mi cabeza algunas preguntas que desarrollare con respecto al que hacer de un terapeuta en estos ámbitos. En este sentido, es destacable comprender que muchas veces los terapeutas que trabajamos en instituciones públicas, nos vemos colapsados en formas de intervención que aparecen desbordadas de reglas formales a priori (reglas técnicas), de un deber hacer frente a la intervención, con un estatuto que llamaremos moral, vale decir, que se sustenta en objetivos, tiempos e intervenciones a priori con respecto a los pacientes. Hechos que nos llevan a recordar algunos pensamientos Nietzscheanos asociados a la *"cultura del rebaño"* donde los terapeutas nos transformamos en algo así como rebaños de los parámetros de una intervención, sometidos a una serie de reglas formales que nos roban la creatividad de cada acto terapéutico, vale decir, antítesis de lo que para mí es una intervención. Es ahí, cuando en este instante de duda, frustración y desasosiego, aparece la idea de un cuestionamiento sobre algunos nudos

¹ Servicio Nacional de Menores, institución estatal que supervisa y pone en marcha diferentes programas de intervención en la infancia, teniendo como base, la prevención y reparación de la vulneración de los derechos del niño.

asociados al ámbito de la intervención en el sector público. *¿De qué hablamos cuando hablamos de técnica? Y ¿qué queremos enunciar cuando hablamos de tratamiento? ¿Cómo el sometimiento y las formas de funcionar reactivas a las imposiciones formales asesinan nuestra vitalidad?* Por todo lo anterior es necesario y comprensivo recurrir a ²Winnicott, quien ya ha hablado acerca de este tema.

Para comenzar debemos entender que este psicoanalista abre un campo nuevo en la forma y estilo de una intervención, por un lado este autor hizo su clínica en hospitales públicos mayormente, en consecuencia perteneció a nuestro contexto de trabajo, esto le fue entregando una forma de intervenir donde el *"encuadre psicoanalítico"* no es tomado sólo como un espacio delimitado por ciertas reglas a priori, establecidas y a las cuales debemos someter al paciente, en efecto, hacerlo rebaño de una técnica y a la vez generar en los terapeutas un sentimiento de pertenencia enfermiza alguna escuela psicoanalítica. Sino por el contrario, este autor enfatizó el encuadre como el espacio mental que el

² Psicoanalista inglés que logró mediar entre el mundo interno y el mundo exterior para entender la psiquis humana, rescatando la idea de ambiente como espacio en el cual anida la constitución del psiquismo en términos sanos y patológicos. Su ideas centrales gravitan en torno al juego, la creatividad, la ilusión, la cultura y básicamente el vínculo de la madre con su hijo en la primera infancia de éste, donde el autor rescata la idea de que "el bebé no existe", para explicar la unión de la madre con su hijo, rescatando a la vez, la idea de "madre suficientemente buena".

terapeuta logra brindar, dando un énfasis más bien al *ser* del terapeuta, que en el *deber hacer* del mismo, vale decir, dando un acento particular en la posición ética desde la que se interviene, más que desde su posición moral, como hombre que cree que sabe porque maneja un conocimiento.

Cuando pienso en este hombre que se maneja con su conocimiento, y que cree que la intervención viene asociada sólo al conocer una técnica, se me viene a la cabeza instantáneamente un hombre dentro de una cárcel con barrotes de oro, que simbolizan el deber hacer. Es como que de esta manera lo que garantiza el buen camino de un proceso terapéutico, no solo se relaciona con los tópicos técnicos asociados a una interpretación en un tiempo y sonido (tonalidad de lo dicho) por ejemplo, sino a generar un marco de confianza necesario, real y vivo que pueda lograr crear un espacio de transición entre el afuera-adentro, en el cual se pueda decir y hablar libremente, donde el análisis que aparecería en lo *"invisible"* (tomando prestadas palabras de Coloma) como consecuencia de ese ser del terapeuta que facilita mediante la generación de un ambiente propicio, la interpretación que puede ser pensada y no sentida como una indoctrinación ni un abuso hacia el aparato psíquico del paciente. De esta manera, cada paciente tiene que ser escuchado y hablado de una manera singular, desadaptándolo de una técnica normalizante y fútil, encarnada en lo nefasto y muerto, ir a dicha sesión

como Bion (1966) describe, *"sin memoria y sin deseo"*, como si fuere la primera vez, y es ahí cuando la técnica y las reglas formales esclavizantes y enfermantes deben ser flexibilizadas por la ética de la intervención.

Cada paciente es un mundo y en ese rodar en el mundo el terapeuta se hace mundo, de un mundo, se transforma en un ambiente difuminado que otorga aquello que a edad temprana faltó, sea con una interpretación, un gesto, un consejo etc. Dependiendo lo que ese paciente en particular necesite. La idea de este autor o lo que rescato del bajo relieve de la superficie de su escritura, o de la profundidad a la vista que señalan sus simples pero profundas ideas, es que en lo posible, no intentemos trabajar con una técnica a la cual el paciente debiere adaptarse sin paradojas ni cuestionamientos, propios del trabajo de análisis, sino que nosotros como terapeutas, vale decir y esto aunque sea lógico hay que repetirlo; trabajamos con el sufrimiento humano de mayor intimidad, en este contexto nunca hay que perder de vista que para trabajar necesitamos obligatoriamente que desarrollar y mantener una lectura del inconsciente del analizado, sin perder lógicamente, la cotidianeidad del discurso.

Por ejemplo, si aparece en alguna sesión temas orales, asociados a una madre que pudiéramos denominar devoradora, o que la vinculación del niño con la misma, en donde dicha madre no permite el encuentro del niño con su *"verdadero ser"* y aniquila su

acto de espontaneidad tratando al sujeto como un objeto, no obstante lo anterior, para intervenir en el sector público, no podemos perder de vista que esa oralidad quizá tiene que ver no tanto con la relación materna desde un punto de vista psíquico-simbólico, sino más bien con carencias reales y económicas que pueden estar asociadas a falta de alimentación en la casa, vale decir, siempre estar pensando al paciente desde lo Inconsciente, pero sin perder la narrativa de lo cotidiano. Con esta idea de escuchar lo cotidiano del paciente, me refiero a no dejar de lado el enunciado, lo que se dice, el discurso consciente, pues si lo pensamos, al tratar de buscar lo inconsciente, el significante, la fantasía inconsciente, sin tener en cuenta la persona de la cual se emite lo antes mencionado, caemos en una especie de terapia que está en función de la teoría analítica y no en función del paciente y su singularidad. No puedo dejar de recordar que en mi formación como psicólogo, tuve por primera vez que aplicar un instrumento proyectivo. C.A.T. a una niña de un colegio municipal de la comuna de la pintana. En la primera lamina que dice relación con la oralidad y la relación materna, la niña respondió con profundas angustias asociadas a la repartición de la comida y la necesidad de llenarse por la misma, con una especie de rivalidad agresiva frente al tema materno etc. Cuando presenté la respuesta de la niña en la supervisión del test, sin indagar en el contexto familiar, la profesora hábilmente según ella, pienso yo, me refirió

que existía una especie de angustia de aniquilación frente a la ausencia de la madre y el deseo de la muerte de hermanos en tal competencia, y que los alimentos eran una manera de satisfacción afectiva que giraba en torno a la figura de la madre nutricia.

Cuando refiero el contexto de vida de la niña, vale decir, lo que tiene que ver con su cotidianeidad y no con su elaboración simbólica de esa lamina, para sorpresa de la profesora, esta niña sufría de carencias afectivas, pero también de carencias reales asociadas a la falta de dinero para alimentarse en la casa, por tanto la profesora dio énfasis a la interpretación de lo inconsciente dejando factores de la persona reales que afectaban dicha respuesta, por tanto, su manera de entender el sufrimiento fue más bien enalteciendo la teoría y eliminando la singularidad de la realidad de esa niña. No puede intentar el psicoanálisis adular lo inconsciente si no se transita por lo que atraviesa a ese paciente en toda la esfera de su existencia.

En resumen es de suma importancia resaltar que a algunos analistas se les olvida que la esencia del trabajo terapéutico está en escuchar los ruidos de lo inconsciente en las notas de la conciencia, vale decir, escuchar en el discurso manifiesto del paciente, en la elaboración secundaria de sus sueños por ejemplo, los pensamientos latentes del mismo, es ahí, en esa literalidad, en esa ominosa literalidad de lo cotidiano donde se encuentra anudado, maquillado y hasta

con-fundido el sujeto de lo inconsciente. Esta manera de escuchar lo primario en lo secundario es lo que nos hace romper con la idea de profundidad, puesto que la profundidad desde esta escucha se encuentra en la superficie, vale decir, en la superficialidad podremos encontrar lo enigmáticamente significativo. Es en las cadenas asociativas que se encuentran en la superficie de nuestro psiquismo donde se crean las relaciones de sentido que nos arrastran hacia lo inconsciente, eso me parece que es el método psicoanalítico.

Otro punto a rescatar es que de alguna manera hay que lograr en el proceso de análisis ir transformándonos en un ambiente suficiente que permita mediante la sobrevivencia del terapeuta en dicho proceso, que se diga lo que no se puede decir fuera de éste. Citando a ³(Coloma 2012), *"En modelos teóricos psicoanalíticos, frecuentemente se citan o utilizan como si verdaderamente correspondieran a las realidades que buscan ilustrar, y tenemos así analistas que más que interpretar en un terreno de incertidumbre, "ven" lo que estás suponiendo con tales interpretaciones [...] pareciera ser que aquello que señala Bion como "angustia ante el desconocimiento" juega un rol potente en el abordaje del saber. Aunque habría que considerar también la variable narcisista, que alimenta el deseo de*

constituirse en alguien para el cual no existen los enigmas. Esto, aunque la propia posición teórica se sustente en el enigma o la incertidumbre". Por esto, los analistas debieron más bien tolerar la angustia de desconocimiento que padece el psicoanálisis en su saber, tolerar el caos, la zona **"informe"**, sostener el lugar donde no hay que esforzarse por buscar un sentido semejante al saber, sino que soportar la falta de sentido para abrir caminos de comprensión. En el mismo ámbito cabe entender sencillamente que es la mente humana la que crea el psicoanálisis y ya desde ahí sería psicótico pensarlo como un ente portador de verdad totalitaria, son sólo hilachas de efectos de verdad del cómo pasan las cosas lo que el psicoanálisis puede enunciar en su discurso del saber, sin dejar de ser cierto que esas experiencias llamadas verdades existen

Siguiendo con las ideas precedentes podemos entender el gran giro teórico que potenció Winnicott en lo que respecta al trabajo con el paciente del así mencionado **"Sector Público"**. Puesto que, antes de estas ideas, los terapeutas psicoanalíticos eran especies de espejos inertes en los cuales el paciente proyectaba todo el manantial de su inconsciente, y ellos tenían que no ser influidos por los sentimientos que los pacientes les despertaban, no responder a sus demandas, traducir e interpretar los contenidos, levantar resistencias etc. Entendiendo que somos sujetos de la cultura, o sujetados por la misma, no es

³ Psicoanalista chileno, fundador del Instituto Chileno de Psicoanálisis (ICHPA) docente universitario, autor de varios libros y ex docente en mi formación, con el cual muchas ideas de este texto están en gran deuda con su enseñanza.

menor que pensar el psicoanálisis o una intervención desde la lógica que les acabo de mencionar asociado a lo público, es prácticamente un suicidio, un crimen y porque no hasta una enfermedad. Es la cultura la que nos entrega el lugar desde donde pensar y repensar continuamente la posición que jugamos con ese otro, que sufre y que en definitiva está buscando ser escuchado, aconsejado, contenido, escandido etc. En efecto, este crimen tiene que ver con cierto narcisismo del terapeuta y de su necesidad imaginaria de reconocimiento de una escuela, de una institución o de una técnica, que lo hace tener la fantasía mesiánica de poseer la verdad. Por el contrario con las ideas acá enunciadas, se rescata la elaboración de que el paciente en las condiciones que consulta ya tiene bastante con su angustia y sus contradicciones, y además paga para que se "hagan cargo" de sus problemas. Es el terapeuta quien debe permitir que las cosas se desarrollen y también marcar los límites y elegir las variables cuali y cuantitativas de las diferentes formas de expresión de afectos, emociones e impulsos de él en relación a lo que el paciente necesite por el solo hecho de ser un sujeto irrepetible y singular, vale decir, rescatar la diferencia versus la universalidad. Para aquello vuelvo a Jaime Coloma, quien nos propone como eslogan psicoanalítico: *"hacer un psicoanálisis para el paciente y no un paciente para el psicoanálisis"*. Parafraseando esto, con la idea central de este escrito podría ser algo así como;

"realizar una intervención para el paciente y no un paciente para la intervención, ni para la estadística mensual". Etc. En otras palabras pasar de una técnica que indica cómo trabajar a priori, a un tratamiento que desde una lectura psicoanalítica entre el saber y el sentir del analista con respecto a ese paciente, debe irse jugando aquello que llamamos intervención. Ya con la idea anterior podemos recurrir a Winnicott quien nos plantea en 1954 que *"[...] convendrá que tengamos claramente la diferencia entre la técnica y la ejecución del tratamiento. Es posible llevar a cabo un tratamiento con una técnica limitada y, a la inversa, con una técnica altamente evolucionada es posible fracasar en la puesta en práctica del tratamiento"*. Para concluir esta idea creo que cuando las reglas formales tanto de la institución en la cual se trabaja, o de la escuela a la cual se toma como referente para intervenir en la salud mental, logran obnubilar al terapeuta y asesinar de paso algo singular del paciente por ser tratado como objeto de una técnica o de una institución, es algo que se pierde de la verdad de ese paciente, por el hecho de estar dentro de esa cárcel con barrotes de oro que mencionamos. En cambio si la técnica es flexibilizada en pro de ese paciente, lo que aparece es la idea de tratamiento, en la cual el paciente se transforma en sujeto y a la vez aparece su singularidad y el encuentro con su deseo.

Lo que expongo, básicamente debe ser entendido desde la idea de que la técnica es

un conjunto de reglas que rigen un proceso, reglas que tienen la desventaja de aparecer y de estar dentro del mundo intrapsíquico del terapeuta por el sometimiento ya sea narcisista o por la necesidad de reconocimiento que lo saca imaginariamente de una posición de desvalimiento infantil, o sencillamente por una moral castradora de ciertos trabajos en el sector público que no permiten desplegar la novedad y la creatividad propios del acontecer en el trabajo con seres humanos, por sus enfermantes reglas técnicas.

La técnica presenta su dañino encanto por presentarse, o más bien escenificarse como un *conoci-miento* acerca del paciente antes de un primer contacto, es una especie de desvelamiento a priori de lo que se debe hacer. En este contexto la técnica es un concepto obsoleto y la teoría *"letra muerta"*, ya que la teoría al estar regida por parámetros a priori en su instrumentalización técnica pierde la vitalidad y la espontaneidad que necesita la intervención. Por el contrario cuando hablamos de tratamiento, lo entendemos como un conjunto de herramientas versátiles que el terapeuta elige guiado por una espontaneidad teórica, vale decir, intervenir desde la concepción de tratamiento implica que el terapeuta está en constante situación de riesgo, pues, sus intervenciones nos son guidas a priori, sino que las intervenciones son acertadas, siempre y cuando el saber del terapeuta no asesine su sentir, es la posición del terapeuta

la que guía la intervención, es su particular lectura del paciente, *"ese depende donde se pone la oreja o el ojo"* o ese *"depende de donde se aprecie"* es de donde la intervención juega su papel. Ya re-conocido es el intento de algunas escuelas psicoanalíticas y de instituciones de salud públicas que buscan enaltecer de una manera obsesiva los parámetros técnicos, haciendo una especie de paciente tipo del psicoanalista, situándolo como una categoría DSM o CIE 10, que habla mucho más de la *"angustia de desconocimiento"* del terapeuta acerca de su paciente y de la necesidad de llenar números de ingresos en las institución de salud, en vez de generar herramientas para trabajar con el dolor de ese paciente, hacer desaparecer el proceso, en pro del resultado. Estos instrumentos sirven como desorientador con respecto al sujeto y potenciador del yo.

Todos sabemos que detrás del depresivo, obsesivo, ansioso, existe una historia, una posición subjetiva, que no puede ser alcanzada por dichos instrumentos que más que reconocer el dolor de un paciente y su padecer, lo que hacen es satisfacer números e ingresos de objetos a una *"ilusión de cura"* de su padecer en el trabajo de los terapeutas en el así llamado *"sector público"*.

Muchas veces haciendo de estos pacientes especies de objetos de la técnica y de un sistema que ofrece algo que si no es creado o inventado el terapeuta (algo que realmente va cansando en estos trabajos)

solo se entiende como un evento aislado en la vida del paciente, que le desconoce en vez de reconocer. En este contexto, cada interpretación es más bien una confirmación de la teoría, que un efecto de verdad en el paciente.

Ya es conocida por muchos las limitaciones que tiene que ir pasando un terapeuta que trabaja en el sector público, por una parte, las limitaciones temporales, vale decir, el tiempo del reloj y el calendario que ocupa en un paciente. Desde esta lógica temporal, es clave entender, que el tiempo de una intervención es lógicamente un tiempo que apunta más bien a una temporalidad psíquica, que a una temporalidad externa y por tanto cada paciente tiene su lógica temporal distinta arraigada en la raíces de su psiquismo y por tanto entendiendo lo anterior la versatilidad de los tiempos de intervención debe ser adaptable al proceso psíquico del paciente, más que a su tiempo cronológico. El análisis es un instante de reparación que solo puede ser comprendido a posteriori, solo puede ser resignificado y entendido después.

Una intervención se juega en el terreno de un enigma, solo con posterioridad podrá esbozarse el sentido de la misma. En un después, que se enmarca en un presente, la intervención es y se juega en el terreno del eterno presente, pero su sentido siempre está en el porvenir, el porvenir paradójicamente que busca rescatar un pasado que nunca fue presente. Estas ideas

son las que me hacen meditar acerca de entender el trabajo terapéutico más bien desde una atemporalidad.

Otro aspecto importante a rescatar en el encuentro con la necesidad de análisis en los pacientes del sector público, donde existe una especie de inercia psíquica en el vivir y por-venir de nuestros pacientes, donde estos no demandan el análisis, sino más bien reniegan del mismo. Estos pacientes en los cuales no hay movimiento, donde su deseo camina por veredas de vacuidad, permiten que nosotros logremos trabajar la flexibilidad y la tolerancia del analista en la contratransferencia. Además existen pacientes muy identificados con diagnósticos. Recuerdo una paciente de 33 años entra a sesión y me refiere *"hola soy depresiva"* a lo que le respondo *"que extraño yo creí que eras Andrea"* vale decir, sacarla de esa posición de objeto o de identificación yoica (imaginaria) y situarla en el terreno de su nombre, de su posición de sujeto o quizá simplemente con esta intervención abrir el campo para trabajar no con el depresivo, pero si con Andrea que sufre, pero que no sabe por qué sufre. O también se escuchan las continuas frases de entrada a sesión *"el médico me mando"* *"yo no debería estar acá"* *"y usted en que me puede ayudar"* *"las simples palabras de nada servirán"* *"vine obligada"* *sólo vengo para que me den mis fármacos"* *"esto es perder el tiempo"* *"palabras, palabras, palabras"* como dice Hamlet. Con estas escenas comunicacionales que son propias de la

ausencia de demanda de análisis o de lo insoportable que puede ser hablar de aquello que aún no tiene nombre, nos encontramos muchas veces los analistas que ejercen en el sector público y que no es necesario resolver, pero si tolerar su existencia, vele decir, entenderlas como un enigma, saber que algo significa, pero no intentar darles sentido inmediatamente, trabajar con ello, y el sentido aparecerá por defecto a posteriori.

Lo que intento exponer o quizá aproximarme a una exposición es que dentro del ámbito de lo público, lo privado y en general en cualquier contexto donde la psicoterapia advenga, es necesario repensar el análisis y las intervenciones como una situación particular, en la cual un sujeto (psicólogo, terapeuta, psicoanalista) logra adaptarse lenta y trabajosamente a las necesidades del paciente, siendo permeable y creativo en su posición simbólica con respecto al otro que busca o encuentra ayuda. Es el análisis una posibilidad de crecimiento siempre y cuando a los analistas no se nos pierda el norte de nuestro narcisismo, no nos coagulemos en alguna teoría que arrebate la movilidad de nuestros encuentros y pensamientos (técnica) y que siempre desbordemos lo necesario para ese paciente los parámetros institucionales en el área de salud. Por último, pienso que nunca las oleadas de nuestro ser deben ser desterradas por una especie de dispositivo moral o técnico (reglar formales de los

trabajos en el sector público), vale decir, somos objetos útiles e inútiles para el padecer y en definitiva para ayudar a ese otro que sufre y que porta un sufrimiento accesorio a su vida. Que a la vez que nos revela su dolor (va al consultorio) también lo esconde (no desea hablar de ello). Al parecer y para finalizar siempre *"ello es más que yo"* somos superados por una excentricidad que nos gobierna y que solo gracias a otro (terapeuta, amigo, cura, carabinero etc.) que manifiesta una escucha comprometida podemos llegar a entenderla, y ese saber sobre nosotros favorablemente será siempre a medias.