

**Trabajo de subjetivación del testigo intra-subjetivo del sufrimiento narcisista subyacente en
las soluciones de sobrevida psíquica de “nuestros pacientes”**

**Work of subjectivation done by the intrasubjective witness of suffering that underlies
patients’ solutions for psychic survival**

Dr. Eduardo A. Grinspon¹

Resumen

Nuestra especificidad como analistas de familia y pareja nos enfrenta con la articulación de soluciones narcisistas de sobrevida psíquica y el equilibrio inter-defensivo vigente a partir de la sinergia de corrientes defensivas singulares tornadas preventivas. Cuando este comienza a operar de un modo “preventivo ofensivo” involucra a otros y adquiere una dimensión patógena. Los movimientos patógenos dejan restos, los cuales dentro de nuestra espacialidad terapéutica adquieren su función mensajera para alguien, un otro afín, pero diferente disponible y utilizable. Estos restos cuantitativos pre-subjetivos provienen de huellas perceptivas de experiencias traumáticas vividas en su diferencia con las huellas mnémicas. Nos referimos a un tipo de trabajo del negativo que enunciamos como “*trabajo del resto*” jugado en “nuestra” intersubjetividad transferencial. En aquel sector que enunciamos como el “testigo intra subjetivo del sufrimiento padecido, habitan estos restos, así como aquellos provenientes de toda experiencia traumática vivida y que no cesan en su insistencia hacia la subjetivación posible. El trabajo de subjetivación de lo que insiste desde este tipo de negatividad, depende de la disposición fundamental de un otro, posición que nos es exigida como analistas en persona implicados en la apertura al continuum co-alucinatorio dentro de la intersubjetividad trasferencial.

Palabras clave

¹ Medico. Especialista en Psiquiatria. Ex-residente Clinica DITEM, Dr. Jorge Garcia Badaracco. Ex-residente Hospital Teodoro Alvarez. Ex- Instructor residentes Hospital General Belgrano. Psicoanalista. Miembro titular en función Didáctica Asociacion Psicoanalítica Argentina. Full member International Psychoanalytical Association. Fue miembro del Comité editor de Revista Argentina de Psicoanálisis. Fue miembro de la Secretaria científica de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Miembro de IRED, Diccionario Mundial de Psicoanálisis, International Psychoanalytical Association. Mail de Contacto: edgrinspon@gmail.com

Solución de sobrevida psíquica; sufrimiento narcisista identitario; huellas perceptivas; testigo intrasubjetivo; trabajo de figurabilidad

Summery

Our specificity as family and couple analysts confronts us with the articulation between narcissistic solutions for psychic survival and an inter-defensive balance based on synergy between singular, defensive. preventive currents. When these narcissistic solutions begin to operate in an "offensive preventive" way, they involve other persons and acquire a pathogenic dimension. Pathogenic movements leave residues which acquire their messaging function within our therapeutic context for someone : an object that is another subject, both available and usable.

These quantitative, pre-subjective residues come from perceptual traces of traumatic experiences undergone by someone, and are different from mnemonic traces. We are referring to a type of negative work that we call "work of the residue" (*travail du reste français*, *trabajo del resto español*); this work is played out in "our" transference intersubjectivity. These residues and others coming from all traumatic experience inhabit a sector that we call the "intrasubjective witness of suffering endured"; these traces incessantly strive for subjectivation. Work of subjectivation for residues of this negativity depends fundamentally on the availability of another subject in person, a position we are demanded to take as analysts in person involved in opening the co-hallucinatory continuum in transference intersubjectivity.

Key Words

Solution for Psychic Survival— Narcissistic Identity Suffering —Perceptual Traces— the intrasubjective witness —Work of Figurability

Introducción

Intentando dar especificidad a nuestra escucha singular frente a soluciones narcisistas de sobrevida psíquica^{2 3}, en un artículo anterior expusimos que nuestros pacientes *no nacen ni comienzan con el trauma*⁴. Nos referimos a personas en “posición de pacientes de alguien” quienes a partir de aquellas experiencias que operaron como traumáticas, organizaron como pudieron su solución narcisista y sus rasgos identitarios con los cuales se presentan en sesión.

Nuestra especificidad como analistas de familia y pareja nos enfrenta con las múltiples posibilidades de la articulación entre estas soluciones y el equilibrio inter-defensivo operante a partir de la sinergia de las corrientes defensivas singulares. Cuando estas comienzan a operar de un modo “preventivo ofensivo” (Racamier, 1995), involucran a otros y adquieren una dimensión patógena. Este equilibrio inter-defensivo es dinámico y se encuentra en permanente readecuación. En estas soluciones, los movimientos patógenos dejan restos, los cuales dentro de nuestra espacialidad terapéutica adquieren su función mensajera para alguien, un otro afín pero diferente disponible y utilizable.

Nos referimos a un tipo de trabajo del negativo que enunciamos como “trabajo del resto” o “trabajo del trauma en un ‘entre dos’”, que se juega en la intersubjetividad transferencial.

I. Sufrimiento narcisista identitario

Acerca de la sobrevida psíquica

Ante lo específico de las soluciones de sobrevida en las que subyace el sufrimiento narcisista identitario (Roussillon, 1999, 2002), “el trabajo del trauma de alguien” -tanto en los

² Grinspon (2017)

³ Roussillon (2001b) plantea una diferencia fundamental entre el acceso al “placer” por medio de la descarga y “el acceso a la experiencia de satisfacción en presencia del objeto subjetivamente presente”. En este texto define la “solución” en su referencia al modo de presencia del objeto, es decir la plantea como un “testimonio del esfuerzo del psiquismo para ligar las experiencias de dolor compulsivamente alucinadas, que no *han sido simbolizadas primariamente sino solamente ligadas mediante* una solución que impronta a lo erótico su poder de ligadura *evitando el encuentro con la necesidad del objeto*. Esta solución resta narcisista y está bajo la primacía del principio de placer, pero no necesariamente implica satisfacción. Diferencia fundamental que plantea este autor entre el acceso al “placer” por medio de la descarga y “el acceso a la experiencia de satisfacción en presencia del objeto subjetivamente presente”.

⁴ E Grinspon (2017) www.eduardogrinspon.com. “Nuestros pacientes no nacen ni comienzan con el trauma: co-construcción de ‘nuestros pacientes’”.

espacios de terapia individual como dentro de la sesión de terapia de pareja o familia-, pide una espacialidad ¿tróficamente clivada dentro del magma incestual? (Racamier, 1995; Grinspon 2018) en la cual se inaugure a partir de la presencia implicativa de un semejante, un “entre dos” con quien acceder al trabajo de simbolización para la apropiación subjetiva de las marcas de sufrimiento aún clivadas de su subjetividad.

Partimos de la idea de que el retorno de estos restos cuantitativos del sufrimiento vivido pero aún no subjetivado no cesa en su insistencia, dando lugar a un tipo de negatividad subyacente en la re-petición (Roussillon, 2001) en búsqueda de la apropiación subjetiva. A partir de la proposición de Freud (1933a) *“Donde Ello era, Yo debo devenir”* (pág. 74), Roussillon (2016) propone *“Donde Ello era (o estaba) el sujeto, (el Yo, el sujeto, el Yo instancia) debe advenir”*. Dicho de otro modo, los contenidos del Ello deben integrarse en la subjetividad, deben ser apropiados en y por esta. Aquello que está en resto en la vida psíquica, aquello que resta bajo la forma de Ello, sin sujeto ni objeto, debe advenir Yo, considerado este como instancia de la subjetividad.

El trabajo de subjetivación de lo que insiste desde este tipo de negatividad, depende de la disposición fundamental de un otro, lugar que le es exigido al terapeuta como persona implicada. Un tipo de pasividad necesaria le posibilita dejarse penetrar por lo desconocido. Esta “pasividad activa” –diferente de la pasivación- dada en estas particulares situaciones clínicas, es la regla fundamental que posibilita ir a la búsqueda desde la posición implicativa⁵ del terapeuta, de lo desconocido o más precisamente de lo aun impensable por el paciente.

Es pertinente diferenciar de inicio nuestra escucha y posición clínica frente a aquellas familias en las que el sufrimiento psíquico, su procesamiento de lo traumático y su transmisión (Ciccone, A., Ferrant, A., 1999; Ciccone, 2012) es causa y consecuencia de la sobrevida psíquica lograda tanto a partir de catástrofes extra-familiares, (guerra, migraciones, desastres climáticos etc.), en las que las que se logró la supervivencia física, cuanto de aquellas en las que lo sucedido dentro del espacio intrafamiliar (incesto, incestualidad, abusos sexuales y narcisistas, cuadros psiquiátricos y sufrimientos psíquicos sostenidos sin salida etc.), adquirió el rasgo de “catástrofe familiar”, poniendo en juego mecanismos defensivos preventivos y patógenos.

En este punto resulta fundamental diferenciar lo patológico, de lo patógeno en la medida que esto último afecta a un otro en quien deja un resto, transformándolo en

⁵ Es su diferencia con la estéril, pero tranquilizadora posición explicativa (Grinspon, 2018)

depositorio. En estas familias prima un clima de secreto familiar, al que metafóricamente lo enunciamos como lo secretado, al modo de un producto tóxico de una glándula de secreción interna familiar, sostenida dentro del proceso de transmisión por las alianzas defensivas ofensivas patógenas. Este matiz se sostiene frecuentemente a través de generaciones, a partir del equilibrio inter-defensivo parental y la comunión de desmentida⁶ operante, con su consecuencia en el modo de transmisión traumática de lo traumático. Al darse este tipo de transmisión, el andamiaje defensivo-ofensivo trans-generacional arrasa el imperativo que impone a cada generación el trabajo de apropiación subjetiva de lo transmitido, para acceder a la inter-generacionalidad.

La supervivencia dentro de este clima familiar, suele determinar que la estructuración del narcisismo se haya dado a partir de estrategias de sobrevivencia psíquica, soluciones narcisistas que implicaron a su vez un modo singular de:

- el nacimiento del “objeto para un yo”,
- la “estructuración del narcisismo” y el rasgo identitario logrado.

A partir del modo en el que se haya dado la transmisión, nos enfrentamos en la clínica actual con familias en cuya pareja parental⁷ impera este tipo de alianza patógena dada a partir de la articulación de soluciones narcisistas. Al darse la transmisión de lo traumático de un modo traumático, este andamiaje defensivo trans-generacional arrasa el imperativo que impone a cada generación el trabajo de apropiación subjetiva de lo transmitido, para acceder a la inter-generacionalidad.

Testigo intrasubjetivo del sufrimiento narcisista. Acerca del sentido de la realidad incomprensible

Ante este escollo clínico ¿Cómo tornar comprensible en nuestros pacientes, el sentido de una realidad que inevitablemente fue vivida pero no subjetivada, y que se sostiene aun, a partir de una re-edición⁸ en lo actual de un modo contextual y atemporal? Me refiero a dar lugar desde nuestra intersubjetividad transferencial tanto individual como familiar, al trabajo

⁶ No solo frente a la diferencia de sexo y de generaciones, sino fundamentalmente de la autonomía narcisista, de la diferencia vivo-muerto y de la interdicción a la intercambiabilidad de seres.

⁷ Pareja fundante de la institución familia.

⁸ Diferencio la re-edición hacia un más de lo mismo, de la re-petición en búsqueda de una diferencia y pienso que la re-edición en el espacio transferencial es un tipo de re-petición de la objetualización necesaria.

de subjetivación historizante (Roussillon, 1991) del propio sufrimiento padecido, un tipo del trabajo del negativo frente a la negatividad operante en los recursos de sobrevida psíquica.

¿Desde dónde parte el retorno de los restos cuantitativos pre-subjetivos, huellas perceptivas (Botella, 2001; Roussillon, 2016) de las experiencias vividas en su diferencia con las huellas mnémicas?

Decidí apelar al uso metafórico del término testigo intrasubjetivo, a partir del “testigo” enunciado en las patologías constructivas y referidas a estructuras de hormigón. Este es un material vivo en el que su elasticidad y capacidad acotada de transformación, lleva a que, ante posibles grietas, un técnico instale un “testigo de yeso o de vidrio” que registra y evidencie lo que “va” o “fue” sucediendo, un testigo puesto por alguien y vigente para alguien.

En la clínica dentro de la intersubjetividad transferencial que nos implica, me refiero tanto al testigo intra-subjetivo del analista en sesión, como al testigo intra-subjetivo del sufrimiento padecido por nuestros pacientes. El testigo no refiere a un momento puntual, sino a una posición dentro de la propia singularidad subjetiva, que sostiene un registro intra-estructural de las variaciones transitadas en su medio relacional. De un modo homólogo al testigo vigente frente a las grietas del hormigón, planteamos al testigo intra-subjetivo singular como una posibilidad disponible en nuestros espacios intersubjetivos transferenciales, siempre y cuando “sus registros” lleguen a ser un testimonio a partir de ser significativos para alguien.

En aquel sector que enunciamos como el “testigo intra-subjetivo del sufrimiento padecido, habitan las marcas cuantitativas, pre-subjetivas y diversos registros de aquellos interrogantes, incluidos los somáticos (por ej. El hambre y sus derivaciones), que fueron surgiendo al tratar de comprender y dar sentido a “su realidad”. A partir de la respuesta posible de su medio familiar ésta se fue tornando inentendible e innombrable, quedando como conclusión⁹, que solo el sufrimiento y la cantidad del dolor operan como organizadores¹⁰. Este registro se tornó causa de su solución narcisista de *sobrevida psíquica*, una solución lograda a partir del trabajo psíquico que nos impone lo traumático ante la necesidad de apropiación y transformación posible de lo transmitido.

En estas soluciones de sobrevida en las que la temporalidad es reducida a la imperiosidad, y la experiencia de satisfacción al alivio y la calma, queda habitualmente como

⁹ Luego de transitar los tiempos lógicos de “ver, comprender, concluir”

¹⁰ Roussillon (2002b) Los términos de escenas en las que el niño está presente y confrontado a los efectos sobre las particularidades de la relación pulsionalmente investida de la pareja de sus padres, es decir escenas en las cuales sin estar formalmente incluido e implicado (no se trata de la cuestión de padres combinados) es sin embargo el testigo privilegiado.

resto intra-subjetivo una convicción, como por ejemplo “la vida es así”, donde el sufrimiento sin salida es un organizador posible. En una retracción que tiende al anonimato, se inaugura un tipo de singularidad y soledad en su referencia a la presencia posible del objeto (otro sujeto) tendiendo a la desesperanza.

Como ejemplo introductorio, recuerdo una paciente quien refiere un clima familiar, organizado a partir de las discusiones violentas entre sus padres, con descargas sin borde posible y ella posicionada como la hija mayor responsable del cuidado de sus hermanos. En un momento frente a una crisis y la impudicia de la violencia dada entre sus padres, “que se mataban”, “salió aterrorizada” a la calle para que alguien los ayude, frente al desenlace catastrófico temido. A partir de su singular testigo del sufrimiento psíquico no desvitalizado pudo recuperar, a partir de la desesperación (Grinson, 2015) y dentro de su egoísmo necesario¹¹ para sobrevivir, el temor y la esperanza o ilusión de una diferencia. Su registro de realidad promovió su salida, a partir de la cual, la realidad familiar gritó hacia el afuera, un llamado a la exogamia y un pedido de salida del imperio del superyó incestual (*surantimoi*¹²) super anti yo singular imperante en familia. Hubo algo propio en esta paciente que le permitió la vigencia de este sector de su superyó singular, que le permitía cuidar a sus hermanos, quizás a ella misma proyectada en ellos, y ante su desesperación pudo acceder a un movimiento de salida. Este pasaje por el acto recuperaba la función mensajera, que tendía a ser desvitalizada y tornada en desesperanza en el circuito de complicidades imperante en su medio familiar. En la alianza parental se sostenía una solución narcisista *à deux*, una alianza defensiva-ofensiva patógena con graves consecuencias en sus hijos. Se sostenía en esta paciente un yo-sujeto con un testigo intra-subjetivo “aun” en búsqueda de la objetalización necesaria para acceder al testimonio, afectos, representaciones y palabras entendibles por otro humano.

Estamos enfrentados al modo en el que en las soluciones logradas (frente al sufrimiento narcisista identitario) de nuestros pacientes, los restos de la transmisión traumática de lo traumático, no cesan de insistir en búsqueda de la apropiación subjetiva.

¹¹ Diferencio el egoísmo mezquino “a costa de otro”, del egoísmo necesario para la sobrevivencia psíquica, relacionado con el masoquismo guardián de la vida (Rosemberg, 1991), un masoquismo del sujeto y para el sujeto.

¹² Racamier, (1995) describe al “super anti yo” como una instancia heredera de la seducción narcisista, débil en libido pero fuerte en destructividad. Se coagula con un ideal del yo soberano. *Exige creer todo prohibiendo saber*, el incesto es la exigencia de ceder junto a la interdicción de desear. No es una ley severa, es una tiranía. Prohíbe pero no protege. Presenta la verdad como una falta, el pensamiento como un crimen y los secretos como intocables.

El testigo intra-subjetivo en definitiva, se encarna inicialmente en la persona del terapeuta y su efecto intersubjetivo transferencial intra-sesión posibilita la apertura al *continuum* co-alucinatorio, Punto de inflexión en sesión en el que advienen las marcas pre-subjetivas de nuestros pacientes contenidas en su testigo intra-subjetivo.

II. Intersubjetividad transferencial

Aportes del analista

¿Cuál es el destino posible de estos restos al pensarlos en su proceso terapéutico y dentro de la intersubjetividad transferencial que nos implica?

Al estar posicionados dentro de los movimientos enloquecidos y enloquecedores que se dan en sesión, sus efectos nos involucran “más allá del momento de sesión”. Estos efectos o afectación inter-sesión, nos llevó a ampliar el concepto de transferencia al de “intersubjetividad transferencial”, una espacialidad que nos implica en el neo-grupo (Granjon, 2007) que constituimos, dando lugar a la posibilidad de la penetración actuada del clima tóxico invivible en el que sobreviven estas familias. Una afectación dada en nosotros al sostener la vitalidad de nuestro sentir frente a los movimientos perversivos narcisistas (Grinson, 2017) y la desvitalización adaptativa del sentir de “nuestros pacientes”.

En el espacio intersubjetivo transferencial con estos pacientes, y pensando que la re-edición “de la misma escena” en sesión es un tipo de re-petición en búsqueda de la diferencia posible, nos preguntamos ¿de qué modo nuestra posición implicativa presenta y sostiene la objetalización necesaria para posibilitar la presencia “intra-sesión” del testigo del propio sufrimiento de nuestro paciente y que “aquello que no ha podido ser reflejado de manera suficiente en la historia significativa del sujeto”¹³, pueda advenir a su espacio psíquico?

Intentamos dar figurabilidad al tránsito somato psíquico dado a partir de los restos que habitan aun, tanto en aquel hijo cuya posición hemos nombrado “*el pibe ojo*” quien en un estado de confusión mira en silencio y soledad, como en el “*pibe oreja*”, cuyos oídos fueron abusados por intrusiones inelaborables, aturdido y aterrado por ruidos y violencias enloquecedoras, o silencios dolorosamente audibles.

¹³ Roussillon (2003). El analista es convocado a devenir «el espejo del negativo» del analizando, convocado a sentir aquello que el analizando para no sucumbir ha debido repudiar de él mismo. Más que una lógica de la pérdida, o aun en paralelo a esta, es una lógica de aquello que no ha podido tener un lugar psíquico, el análisis esta confrontado a aquello que no ha podido advenir al psiquismo, a aquello que de este no ha podido ser reflejado de manera suficiente en la historia significativa del sujeto.

Al ser el oído el único orificio de nuestro cuerpo sin esfínter, el equivalente de un esfínter posible es acceder a pensar desde una singularidad subjetiva y pulsional, que en estos pacientes es una dimensión a recuperar o a co-construir a partir de nuestra presencia implicativa.

Estamos frente a lo que Maldavsky (1991) llama contagio afectivo, referido al modo en el que afecta a los hijos testigos un clima en la pareja parental de desconexión o de violencia expulsiva. Estos hijos, (en quienes se da una parte afectiva somática y otra cognitiva), a partir de su interdependencia trans-narcisista y trans-subjetiva¹⁴, incorporan sus registros del sufrimiento identitario parental.

Llamamos testigo a un aporte “desde el analista” quien, corriéndose de una posición explicativa o descriptiva y no desvitalizando su extrañeza, confusión o malestar en sesión, puede imaginar, preguntar y nombrar “a su modo” esta posición subjetiva del paciente dentro de estas escenas. Al nombrarla el analista inaugura el espacio intersubjetivo necesario para que advenga la posibilidad en nuestros pacientes de “no estar solo frente a su pulsión en presencia de la ausencia del objeto”, escena que también habita como una posibilidad en el sufrimiento del analista

Al darse esta posibilidad respecto de sí mismo en sesión, lleva habitualmente a posiciones tranquilizadoras explicativas, no ofreciéndose al encuentro en el *continuum* co-alucinatorio. Somos nosotros quienes sostenemos el continente alucinatorio negativo para que advengan los contenidos que no cesan de insistir en nuestros pacientes.

A partir de nuestra intersubjetividad transferencial intentamos relanzar el tránsito somato-psíquico y salir de la estasis, *impasse*, o *impassé* (Scarfone, 2014). La dimensión de catástrofe generacional (Grinson, 2014) y su inevitable transmisión, es un concepto que habita el pensamiento del analista y adquiere figurabilidad a partir de la co-generatividad asociativa inter-psíquica lograda a partir de la inclusión intra-estructural de la subjetividad del terapeuta en el proceso analítico *vivido con* los pacientes, parejas o familias.

¿Cuál es el modo en que cada analista se aporta dentro del vínculo transferencial (tanto individual, pareja o familiar), para sostener el “objeto otro sujeto (y su pulsión)” necesario para que emerja una dimensión de testigo en su camino a ser testimonio, y vacile la escena de estar “solo frente a su pulsión en presencia de la ausencia del objeto”?

¹⁴ Diferenciamos lo trans-narcisista y lo trans-subjetivo incestual, de lo inter-narcisista y lo intersubjetivo.

Cuando enunciamos los singulares recursos para la sobrevivencia psíquica, retorna el interrogante acerca del modo posible de incluir en el paradigma relacional¹⁵ vigente en el que estamos implicados, lo poco pero “quizás” alguna vez habido de un continente narcisista positivo, un recurso muchas veces necesario para la autoconservación y potencialidad en el espacio analítico.

Esta posición implicativa del analista tiende a posibilitar, a partir de los recursos propios de cada paciente, el trabajo de apropiación subjetiva de lo alguna vez habido. Nos referimos a la pulsión de sanar como un aliado fundamental del terapeuta (Freud, 1933). Si esta última tiende al retorno a un estado anterior, ¿cómo implementar la objetualización para dar lugar a un sector de la pulsión de sanar que regrese a un estado alguna vez habido y que a su vez posibilite el tránsito de las carencias narcisistas presubjetivas y atópicas a heridas narcisistas, a su cicatrización y re lanzamiento subjetivo? Pensamos que si nuestros pacientes tienen “ombligo y hablan”, algo “han recibido, e hicieron lo que pudieron”, quedando de nuestro lado posibilitar el trabajo de simbolización para acceder a la subjetivación historizante de estas marcas.

Posición clínica

La conceptualización clínico-teórica de la posición de testigo intra-estructural, nos parece fundamental para pensar la posición clínica. Es decir, al habitar en nosotros la posibilidad de dar lugar a estas escenas, accedemos a intervenciones¹⁶ surgidas a partir de nuestro registro y un tipo de transferencia a la que Roussillon (2002) señala como paradójica, en la medida que se sostiene un movimiento transferencial por retorno de un tipo particular de negatividad, que al pulsar y no cesar de insistir en búsqueda del objeto “otro sujeto”, lo lleva a un uso singular de la disponibilidad de su analista. Esta posición subjetiva transferencial sostiene “a partir de nosotros” como personas de “su analista”, un tipo de esperanza que nos lleva a diferenciar, “lo imposible y nunca habido” sostenido en lo que muchas veces se presenta como un supuesto rasgo de carácter, de lo muy poco probable pero “quizás alguna vez habido”, teniendo que respetar el modo en el que estas “personas como uno”, accedieron

¹⁵ Abella sostiene que sufrimos de nuestro pasado, pero más exactamente de los paradigmas relacionales inconscientes que hemos construido a partir de nuestro pasado, construyéndolos a partir de nuestra pulsionalidad. La transferencia, eje específico de nuestra tarea, es la tendencia del individuo a actualizar sus paradigmas inconscientes en la relación con el analista. No refiere a los objetos externos del paciente arcaico o actual sino a sus objetos internos y la calidad de su relación entre ellos, tales como el sujeto los ha construido.

¹⁶ Intervención contra-afirmativa (Grinson, 2014)

a sus recursos de sobrevida psíquica. Estamos refiriendo a un *a posteriori* que inaugura nuestra disponibilidad empática y afectiva a los matices del sufrimiento identitario. Con estos pacientes, son los momentos en los que la situación analizante (Donnet 2005) adquiere la función necesaria de ser un dispositivo social¹⁷.

Entre las intervenciones que hemos utilizado, muchas de ellas partieron de poder recibir las imágenes o escenas que iban surgiendo en nosotros y en lugar de desecharlas por imposibles, ingenuas o reducirlas con una explicación, las transformamos en interrogantes, los que al ser planteados claramente en sesión, abrieron en el vínculo transferencial dado “en ese momento” la condición de posibilidad de una subjetivación historizante (por ej. preguntar por recuerdos a partir del cuerpo o de la palma de la mano de “mi paciente” cuando era chiquito, o en una familia preguntar y proponer ver “juntos” en sesión fotos de la familia que alguna vez fueron y “no aceptando” que esta familia se inaugura con lo traumático, etc.).

Intento acceder al trabajo de subjetivación historizante de los afectos singulares, a partir de una ilusión o esperanza sostenida en mí, que “me y nos” lleva a dar figurabilidad al chico alguna vez ubicado “solo frente a la pareja de sus padres”, que hemos llamado el pibe ojo y al pibe oreja. Estos momentos de sesión nos permite una co-generatividad asociativa no explicativa que nos lleva a la co-construcción y configuración de escenas, que “ya son parte de nuestro patrimonio”, y es nuestra memoria la que tiene que sostenerlas en una continuidad procesal.

Aceptamos como necesario que una vivencia insoportable o innombrable, deba ser olvidada o sostenida dividida del yo (tanto singular como familiar), para luego ser pasible de ser recordada por un “yo sujeto” “en presencia de un objeto otro sujeto como uno”, en nuestro caso “su analista”.

¿Cómo adecuar este matiz a nuestra memoria y posición clínica, dentro del trabajo de subjetivación en sesión “fragmento por fragmento” de lo “aun no subjetivado”? Estas escenas muchas veces nos asombran y es lo que enuncio como lo aún desconocido en\o de nuestros pacientes.

Nos encontramos con pacientes quienes por su retorno incesante a la misma posición intra-proceso, pensamos en la vigencia de rasgos de carácter. Me refiero a procesos terapéuticos en los que frente al retorno compulsivo a la misma escena, se genera en el

¹⁷ Donnet (2005) señala que por sus testimonios, ellos convocan la mirada del grupo social y exponen su historia, intentan sobrepasar la situación traumática, la vergüenza, la culpabilidad relatándola y compartiéndola con otros en un dispositivo social podríamos decir.

terapeuta un tipo de malestar que, al resistir a la explicación confirmatoria, lo lleva a recordar otros momentos, en el mismo paciente ya sea singular, pareja o familia, en los que se evidenciaban sectores diferentes y acorde a defensas tróficas.

Estos registros “en mi” como terapeuta, me han llevado a pensar diferentes intervenciones que denominé contra-afirmativas. Una de ellas consistió en intervenir relatándole o comentándole al paciente, pareja o familia en sesión “ahora” presente subjetivamente y “a partir de mi memoria”, diferentes momentos de “mi paciente” y del proceso que pudimos transitar. Fue notable la sensación de comodidad y derecho a hacerlo, que pude sentir en aquellos momentos en los que, incluyendo la dimensión de lo propio no negociable desde un egoísmo necesario y dentro de la intersubjetividad transferencial, no interpreto “diciendo a”, sino relato a alguien “presente”, mi registro subjetivo singular.

En pacientes en los que el supuesto rasgo de carácter, nos posiciona frente a soluciones narcisistas de sobrevida psíquica “a deux”, tenemos que revalorizar, como ya lo hemos planteado, las diversas facetas del testigo del sufrimiento narcisista padecido y su derivación identitaria acaecida.

III. Conclusión

Del mismo modo que en las patologías constructivas¹⁸, lo registrado por el testigo está disponible, siempre y cuando llegue a ser significativos para alguien, en nuestro desarrollo nos posicionamos frente a las consecuencias de “nuestro registro” articulado de un modo no articulable con el registro de “nuestro paciente”. Es el analista quien desde su posición de testigo intra-proceso y por medio de sus intervenciones, va a la búsqueda de la dimensión cuantitativa del testigo de sus pacientes para co-construir la dimensión cualitativa del testimonio.

¹⁸ Construpedia, enciclopedia construction.

Referencias Bibliográficas

- Abella, A. (2009). "L'après-coup et les deux topiques : à propos de M. Jourdain et de l'odeur des roses", *Revue Française de Psychanalyse*, 1517-1522.
- Botella, S. y C. (2001). La figurabilidad psíquica, Buenos Aires : Amorrortu.
- Ciccone, A. (1999). *La Transmission psychique inconsciente : identification projective et fantasme de transmission*, Paris : Dunod.
- Ciccone, A.; Ferrant, A. (2015). *Honte, culpabilité et traumatisme*, Paris : Dunod.
- Donnet, J. L. (2005). *La situation analysante*, Paris : PUF.
- Freud, S. (1933). "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis", Conferencia 31, *Obras Completas*, Vol. XXII, Buenos Aires: Amorrortu, 1980.
- Freud, S. (1933^a [1932]). "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis", Conferencia 31, *Obras Completas*, Vol. XXII, Buenos Aires: Amorrortu 1980.
- Granjon, E. (2007). "Le néo groupe, lieu d'élaboration du transgénérationnel", *Le divan familial*, 18, 1, 93-104.
- Ginspon, E. (2014). "Espacio terapéutico ampliado no escindido", en <http://eduardogrinspon.com>
- Ginspon, E. (2014). "Continuidad narcisista identitaria", en <http://eduardogrinspon.com>
- Ginspon, E. (2015). "Porque vos...! Un modo posible de sostener la coexistencia paradójica de varias realidades", *Actualidad Psicológica*, 439.
- Ginspon, E. (2017). "La perversión narcisista, una solución perversiva dentro de un equilibrio patógeno de soluciones narcisistas", en <http://eduardogrinspon.com>
- Ginspon, E. (2017). "La supervivencia psíquica, una diversidad cultural en nuestra escucha psicoanalítica frente al sufrimiento narcisista identitario familiar", en <http://eduardogrinspon.com>
- Ginspon, E. (2017). "Nuestros pacientes no nacen ni comienzan con el trauma: co-construcción de "nuestros pacientes", en <http://eduardogrinspon.com>
- Ginspon, E. (2018). "Posición implicativa de la persona del analista en momentos tóxicos intrasesion y su derivación en equivalentes pre-oníricos. Lo alucinatorio en sesión", en <http://eduardogrinspon.com>
- Ginspon, E. (2018). "El trabajo del trauma en un "entre dos" y su especificidad en TFPF frente a soluciones de supervivencia psíquica", en <http://eduardogrinspon.com>

Maldavsky, D. (1991). *Procesos y estructuras vinculares: Mecanismos, erogeneidad y lógicas*, Buenos Aires: Nueva Visión.

Racamier, P. (1995). *L'inceste et l'incestuel*, Paris : Dunod.

Rosenberg, B. (1991). *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*, Paris : PUF.

Roussillon, R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris : PUF

Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris : PUF.

Roussillon, R. (2001a). *El placer y la repetición*, Paris: Dunod.

Roussillon, R. (2001b). "Quelques principes et analyseurs aux fondements de la psychothérapie", <https://reneroussillon.com/2015/06/20/quelques-principes-et-analyseurs-aux-fondements-de-la-psychotherapie>

Roussillon, R. (2002a). "Agonie et desespero dans le transfert paradoxal", *Le temps du desespero*, Paris : PUF.

Roussillon, R. (2002b). "La capacité d'être seul en présence du couple", *Revue Française de Psychanalyse*, 66, 1, 9-20.

Roussillon, R. (2003). "La séparation et la choreographie de la présence", *La séparation*, Cahors : Érès.

Roussillon, R. (2016). "Du jeu dans la memoire", *Revue Française de Psychanalyse*, 80, 2, 335-359.

Scarfone, D. (2014/5). "L'impasse, actualité de l'inconscient", *Revue Française de Psychanalyse*, 1357-1428.