

Recibido: 29/4/2013
Aceptado 8/ 8/ 2013

Reflexiones sobre nuestra práctica

Carlos Nemirovsky

APdeBA

RESUMEN

El autor da cuenta de las transformaciones que, desde los inicios del psicoanálisis, han sufrido tanto la psicopatología como sus concepciones teóricas y los modos en que el analista trabaja actualmente.

Señala que en nuestros días es habitual la consulta de pacientes en los que predominan los estados de perplejidad, extrañeza, despersonalización, futilidad y expresión de afectos intensos e inestables, los cuales son abordados con herramientas aún precarias que gradualmente van adquiriendo un status teórico. Ilustra con viñetas las características psicopatológicas de estos pacientes, relacionándolas con las patologías que originaban las consultas décadas atrás.

Sostiene que se vive una transición entre las formas "clásicas" del pensar el psicoanálisis y la época actual que pone en cuestión ciertos conceptos básicos ampliándolos o incorporando nuevos conceptos, hoy esenciales para su práctica.

ABSTRACT

The author sets out here in an attempt to relate the transformations, from the very beginnings of psychoanalysis, experienced by both psychopathology and the theoretical conceptions of and ways in which the analyst works in the session.

He points out that it is common today to have consultations with patients in which there predominate feelings of perplexity, strangeness, depersonalisation, futility and the expression of intense and unstable feelings, and that these are tackled with tools that are yet to be fully developed and which only acquire theoretical status gradually. With the aid of illustrative vignettes from contemporary consultation, he describes the psychopathological characteristics of these patients, comparing them to the pathologies that gave rise to those consultations which took place decades before.

The author holds that psychoanalysts are going through a period of transformation between the forms of thinking psychoanalysis that are called 'classic' and the present day, which questions that clarity of definition and which expands and incorporates new and essential concepts for our practice.

DESCRIPTORES: MÉTODO PSICOANALÍTICO – CREATIVIDAD – CLÍNICA - TRANSMISIÓN

KEYWORDS: PSYCHOANALYTIC METHOD – CREATIVITY - CLINIC -TRANSMISSION

Reflexiones sobre nuestra práctica

Ana (26 años): No era yo, era todo lejano. Me angustiaba mucho. Parecía que mi cuerpo estaba raro y que la cabeza se me iba, como un globo. Me sentía extraña. Hablaba y tenía eco, escuchaba mi voz. No puedo quedarme tranquila explicándote, no sé si entendés, no tengo palabras para decirlo.

Vera (42): Me parece que usted no sabe nada de la vida, ni de mí. Ya me analicé con seis o siete analistas, o más, no sé, pero fueron todos una porquería, una basura. ¿Ud. acaso va a ser diferente? Me lo recomendaron, pero (levantándose, parándose frente a mí)

¡Le hice una pregunta!, ¡Conteste!

Analista: Veremos los dos como podemos entendernos.

Paciente: ¡Ja, ja, ja! (ríe a carcajadas) ¡Qué estupidez!

Al instante llora y suplica: ¡No me deje ir así por que me mato!

Pedro (35): Cuando estoy así, que no puedo controlar mi cabeza ni mi cuerpo, como si no fuesen míos, me siento raro, mareado, como robot y todo es extraño. Todo se vuelve opaco, irreal, no soy yo... estoy anestesiado, lejos de todos, sin saber qué quiero. Cuando murieron mis viejos, a los 12, estaba desbordado con todo lo que se me venía encima. Me daba miedo que mis tíos se dieran cuenta de lo que me pasaba, lo disimulaba.

Solana (30): Si me siento bien... me voy, me alejo... no aguanto entregarme a una relación. Si me quieren retener, me escapo. Las relaciones ya no me afectan, son pasajeras.

Analista: tenemos que intentar juntos resolver como podemos seguir viéndonos, para que sea posible.

Introducción

Las viñetas nos remiten a motivos de consultas, a ciertos diálogos iniciales que por su frecuencia son casi familiares hoy día. Expresan situaciones difíciles que ponen en jaque la posibilidad de comenzar un tratamiento o de lograr su continuidad.

Años atrás, teníamos una acabada idea de la “técnica” que debíamos aplicar

y llamábamos *parámetros* a las modificaciones que hacíamos para lograr que fuese posible el diálogo con los pacientes que no se “adaptaban” a nuestras propuestas.

“Parámetros” son algunas formas de intervenciones activas en el curso de un análisis utilizados en lugar de la interpretación, necesarios debido a un particular defecto en el yo del paciente. Un parámetro es diseñado para ayudar al paciente, incapaz de utilizar el enfoque analítico clásico, a desarrollar no obstante una neurosis de transferencia y por lo tanto, volverse analizable. Tal parámetro debe ser disuelto antes del fin del tratamiento y sus efectos sobre la transferencia deben ser eliminados mediante la interpretación.

(Eissler, K. R.)¹

Decía hace algunos años que:

Sólo forzando la lectura de los protocolos que Freud redactara acerca del tratamiento de sus pacientes, podremos encontrar un método psicoanalítico repetido y constante, es decir “clásico”, y no hay en ellos un modo “clásico” de enfrentar el sufrimiento psíquico: permanentemente está presente en Freud una actitud de investigar la clínica, construir teoría y volver con otra mirada a sus pacientes, en un circuito continuo, en el que sólo arbitrariamente podríamos hallar un principio y un final.

Tampoco resulta clásica la manera de conceptualizar la tarea, ya que la obra de Freud, siempre en movimiento, limita todo intento de fijar conceptos a través de definiciones operacionales. Las ideas centrales, que hacen a la concepción del psicoanálisis en sus orígenes, forman parte de una metapsicología que genera la posibilidad de diversas lecturas, permitiendo aperturas, base de las distintas escuelas del pensamiento, en las que se alinea el psicoanálisis actual. (Nemirovsky, C., 2007, p. 64)

Cuando hablamos de “lo clásico” nos referimos a nuestro deseo de encontrarlos con un conocimiento seguro e indiscutible. Hoy, al decir de Lyotard: “El clasicismo parece interdicto en un mundo en que la realidad está tan desestabilizada, que no brinda materia para la experiencia, sino para el sondeo y la experimentación”. (1997, p. 15)

¹ Eissler, K.R. (1953) The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of Am Psychoanal Association* 1: 104 – 143 citado por Ornstein A, y P. (1998).

Nos vemos, hoy, asistiendo a pacientes en los que los estados de perplejidad, extrañeza, despersonalización, futilidad, así como los afectos intensos e inestables, son moneda corriente.

Los atendemos con nuestras herramientas aún precarias, que mejoramos poco a poco, siempre *a posteriori* de la experiencia. Intentamos adecuarlas, perfeccionarlas, para darles un uso terapéutico. Las explicamos luego, con los argumentos teóricos con los que vamos contando. Ya hablamos de *parámetros*; no nos aterra tanto comprobar que no contamos con un método clásico, como decíamos.

Cada vez tenemos más en claro que nuestras teorías –nuestras herramientas para comprender-- son epocales. No nos sentimos tan vulnerables como nuestros predecesores como para abroquelarnos alrededor de un método que debía ser aceptado por la sociedad. Ya fuimos aceptados.

En diversas oportunidades, y no sólo en las primeras entrevistas, también nosotros nos encontramos desorientados y perplejos y por momentos nos invade una sensación de futilidad. A pesar de todo, cuando estamos con el paciente solemos saber qué es lo que *no* debemos hacer. Quizá no estemos seguros de *cómo* debemos proceder pero intentamos conservar la calma, estando presentes, disponibles, escuchando, tratando de empatizar y, si es necesario, soportando.

Debemos valorar nuestro estado de extrañeza sin despojarnos de él rápidamente, aunque nos moleste. Sabemos que aguantar la incertidumbre nos suele llevar a alguna ocurrencia, a alguna intuición, que podría permitirnos conectar mejor con quien nos consulta.

Hoy día, podemos hablar sobre todo esto sin correr riesgos de ser vistos como herejes por nuestros colegas ni como demonios por nuestros detractores.

La clínica actual, las nuevas concepciones

¿Estamos lejos de aquellos síntomas por los que los pacientes acudían en Europa al consultorio de los colegas pioneros?

Hay tanta bibliografía respecto a los cambios devenidos en las sociedades y las familias como hipótesis intentando explicar la generación de nuevas formas de enfermar. Ningún autor deja de reconocer los cambios producidos en la organización social y sus repercusiones en la subjetividad, pero vuelven a repetirse entre nosotros las polémicas de Heráclito y Parménides.

Algunos colegas señalan que la patología actual no es novedosa, aunque sí su forma de presentación. Para ellos, la vieja histeria en particular o las neurosis en general adquieren hoy otras formas de exhibirse adaptadas a las posmoder-

nas maneras de comunicar, a las nuevas maneras de construirse. Dicen que la estructura del conflicto basado en el deseo edípico tardío o temprano, no ha variado. Otros, pensamos que los primeros psicoanalistas observaban con detalle lo concerniente a las patologías neuróticas y especulaban (recordemos que las patologías narcisistas no eran tratables en aquella época) hipotetizando acerca de organizaciones previas al conflicto edípico. Quienes, como Ferenczi (1988 [1932]), comenzaron a resistirse, a quedar impotentes frente a cuadros complejos –sin atarse a estrictas reglas de abstinencia y neutralidad-- plantearon abordajes como la *técnica activa* o el *análisis mutuo*, pero sabemos que la comunidad psicoanalítica de entonces no estaba preparada para considerarlos.

Después de los años '40 aparecen nuevos modelos que intentan dar cuenta del desarrollo psíquico temprano y, a partir de allí, se amplían y revisitan conceptos centrales del psicoanálisis como los de *representación*, *transferencia* e *inconciente*. Las escuelas que inauguran M. Klein, D. Winnicott, la Psicología del Yo norteamericana y luego Lacan, reconocen un tronco común en los planteos freudianos, pero se desarrollan con más divergencias que convergencias con el fundador del psicoanálisis, así como entre ellas. Pero, ha transcurrido tiempo desde el “gran relato” freudiano. Hoy nuestras teorías no escapan al destino de lo que marca la posmodernidad, son enfoques que iluminan un fragmento, un aspecto, de las vicisitudes del desarrollo humano.

Cada escuela genera también su propio lenguaje, describiendo, a la manera de una “Babel invertida” (Avenburg, R., 2012) similares términos con diversos significados. A esta situación podemos rescatarla, sin desesperarnos, enriqueciéndonos con la multiplicidad de concepciones propias del crecimiento de una disciplina tan ligada a los cambios sociales como es la nuestra.

Con las consultas de pacientes psicóticos, niños y familias se ha ensanchado el campo de aplicación del psicoanálisis que ahora sobrepasa los límites de su acción como lo conocíamos en sus comienzos, abarcando diferentes campos de la salud (medicina en general, acompañamientos terapéuticos, psicofarmacología), y también de la educación, lo cual nos requiere estar dispuestos, permeables a la interdisciplina y quizá a la transdisciplina.

Todo este movimiento en lo que se refiere a la base empírica y al rebasamiento de nuestras propias fronteras, que no podemos abarcar sin ayuda de otros profesionales, requiere de nuestra comprensión y disposición más allá de las fronteras de nuestro consultorio.

“Actualmente, diversos enfoques ya no consideran al Complejo de Edipo y a sus vicisitudes la piedra angular del enfermar. Colegas de distintos grupos

se han dedicado a la investigación de etapas muy tempranas, presimbólicas” (Nemirovsky, 2011, p. 81). Correlativamente en la clínica, se han ocupado de las vicisitudes del existir y de la identidad que se adscriben al campo del narcisismo. Los relatos clínicos y las inferencias metapsicológicas abundan.

Recordaré, a modo de ejemplo, el relato de Margaret Little comentando su análisis previo al encuentro con Winnicott:

Ella [su analista, E. Sharpe] insistía en interpretar lo que le decía en términos de un conflicto intrapsíquico relacionado con la sexualidad infantil, mientras que yo trataba de darle a entender que mis verdaderos problemas tenían que ver con mi existencia y mi identidad: no sabía que significaba ser “yo misma”. La sexualidad (aún siendo conocida) era totalmente irrelevante y sin sentido a menos que la existencia y la supervivencia pudiera darse por sentada y que me fuese posible establecer mi identidad. (1985, p. 34).

En la misma línea, Joyce McDougal reflexiona:

Narciso desempeña un papel más importante que el de Edipo en cuanto a la dilucidación de las perturbaciones más profundas de la psique humana. La supervivencia psíquica ocupa un espacio más fundamental en el inconciente que el conflicto edípico, hasta el punto que para algunos el sufrimiento ocasionado por los derechos y deseos sexuales puede aparecer como un lujo. (1980, p. 272)

Revisando las ideas psicoanalíticas respecto al psiquismo temprano, de las últimas décadas, Zukerfeld, R. desarrolla el concepto de Procesos Terciarios y comenta:

Esto implica también que existe desde el vamos una *heterogeneidad inconciente radical*, es decir distintos modos de procesamientos inconcientes. Este problema está presente en casi todos los postfreudianos como, por ejemplo, en los elementos y pantalla beta como aglomeración no integrada y “terror sin nombre” en Bion, el terror al derrumbe como signo-huella que no pudo simbolizarse en Winnicott, lo Real como fuera del lenguaje e inadmisibles a la simbolización en Lacan, lo originario y el pictograma en Aulagnier, el teatro de lo imposible y la histeria arcaica en Mc Dougall, la escisión esencial en M’Uzan, los dinamismos paralelos en Marty, lo no representable en Missenard, lo ignoto,

incognoscible en Rosolato, lo arcaico y la negatividad radical en Kaës, el “inconsciente anterepresión” de Roussillon, la delegación de lo no figurable y el “tras país” en Botella, la idea de lo “prepsíquico”, el trabajo de lo negativo y los desarrollos sobre la escisión en Green, el lugar del doble inmortal en Aragonés, las huellas ingobernables en Marucco, el “inconsciente primario” de Dejours, y el “inconsciente originario” en H. Bleichmar. (2009, p. 654).

Estos nuevos aportes originan replanteos en las categorías psicopatológicas a las que hoy podemos considerar a la luz de hipótesis que contemplan las fallas en la crianza, déficits originados en las relaciones intersubjetivas más tempranas y compatibles con el modelo genético-evolutivo que Freud, basado en el concepto de línea de desarrollo de Ferenczi, enuncia en *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1926, p.134).

Allí postula los peligros del desvalimiento psíquico correspondientes a cada período de inmadurez del psiquismo: el trauma de nacimiento y la pérdida del objeto necesitado al inicio de la vida, el peligro de castración en la fase fálica y, luego la angustia frente a un Superyó en el período de latencia. Estos peligros reconocen, para Freud, una característica común: pérdida o separación con progresivo aumento de tensión e imposibilidad de dominarla, características del estado de desamparo. En el mismo texto Freud señala:

La existencia intrauterina del hombre se presenta abreviada con relación a la mayoría de los animales; es dado a la luz más inacabado que estos. Ello refuerza el influjo del mundo exterior real, promueve prematuramente la diferenciación del yo respecto del ello, eleva la significatividad de los peligros del mundo exterior e incrementa enormemente el valor del único objeto que puede proteger de estos peligros y sustituir la vida intrauterina perdida. Así, este factor biológico produce las primeras sensaciones de peligro y crea la necesidad de ser amado, de que el hombre no se libraré más. (ob.cit.,p. 145)

Laplanche y Pontalis especifican que

El desamparo (Hilfflosigkeit) adquiere un significado específico en la teoría freudiana: es el estado en que el lactante, dependiendo totalmente de otra persona para la satisfacción de sus necesidades (sed, hambre) se halla impotente para realizar la acción específica adecuada para poner

fin a la tensión interna. Para el adulto el desamparo constituye el prototipo de la situación traumática generadora de angustia. (1971, p.163)

No es arbitrario que desde hace algunas décadas y de la mano de Killingmo (1989) aparezca definido el concepto de *déficit* en el campo del narcisismo complementariamente al clásico *conflicto*. Visto desde los autores que consideran al desarrollo del Self como su preocupación central, el déficit significará una deficiencia estructural, manifestada en trastornos de la identidad y el pensamiento. En estas concepciones, el Self del paciente de hoy, se asemeja a un caleidoscopio configurado por múltiples escisiones cuyas manifestaciones clínicas son: difusión de identidad, falta de constancia objetal, oscilaciones en su autoestima, trastornos en la regulación de la ansiedad y, especialmente en los esquizoides, disminución de la vitalidad y falta de reconocimiento del deseo. Son frecuentes también los trastornos en la simbolización y la alexitimia.

Los aspectos deficitarios de un paciente son clínicamente heterogéneos. No podríamos hacer una caracterización semiológica de ellos. A veces nos dicen con angustia que se sienten autómatas o muertos en vida, alternando con períodos hiperactivos habitualmente relacionados con el consumo de alcohol y drogas. La dramática desplegada en su psiquismo se relaciona con el eje abandono/afeccionamiento de un objeto construido narcisísticamente. Si se genera una situación de duelo, la pérdida del objeto produce fragmentación del self, con un intenso miedo al derrumbe, así como la búsqueda desesperada de una ligazón con un nuevo objeto, sin mayor discriminación. Es decir, la problemática característica de su relación objetal se despliega en términos bipersonales.

Suelen expresarse con una monotonía discursiva y producir irritación o aburrimiento, cuando no son víctima de arrebatos pasionales temporarios. Cuando pueden hacerlo, nos transmiten sentimientos de vacío y vivencias de despersonalización. Pero, lo predominante, es la angustia de fragmentación manifestada como “dejar de ser” o “desaparecer sin previa señal”, frente a las que se ponen en juego una serie de mecanismos conducentes al sobrevivir.

He recorrido sesgadamente, algunas de las concepciones que hicieron su aparición en las últimas décadas, especialmente después de la muerte de Freud, para dar cuenta de los diversos desafíos psicopatológicos y clínicos con los que nos enfrentamos actualmente.

Intentaré describir cómo podemos posicionarnos frente a ellos.

La tradición y la creación

Las formas de conceptualizar nuestra operatoria clínica con pacientes complejos –como aquellos que ilustran las viñetas del acápite– resultan novedosas y muchas veces nos lleva a cuestionar los postulados básicos de nuestra disciplina. Solemos replantearnos algunas cuestiones que hacen a la manera en que se desarrollan las sesiones. Pero, no sólo observamos que los así llamados conceptos “técnicos” (nuestra manera de trabajar la transferencia, la contratransferencia, o la neutralidad) no son de la misma hechura que la del psicoanálisis como lo practicábamos hace un tiempo, sino que también nuestra concepción del inconciente se ha complejizado. Por momentos, nos invade un sentimiento de impotencia o de extrañamiento, ya que no podemos vincular en lo inmediato la experiencia que hemos tenido con conceptos que no dejan de estar en transición. No es de extrañar que a partir de cuestionarnos cómo trabajamos lleguemos, por momentos, a replanteos vocacionales más profundos. En buena hora si nuestra personalidad y nuestra formación profesional (nuestro análisis, supervisión y la pertenencia institucional) nos contiene y nos permite soportar estas inquietudes, sin negar nuestra incertidumbre o nuestra ignorancia y sin tratar de encerrarnos en ideas y explicaciones sólo para lograr tranquilizarnos.

Mirando hacia atrás, quisiera destacar que si investigamos en los historiales de nuestros maestros, encontraremos que la forma de trabajar no necesariamente refleja los postulados teóricos. En el pasaje del modo de resolver situaciones a los conceptos que las sustentan, se suelen perder elementos muy valiosos en aras de mantener la coherencia. Por ejemplo, Freud alimenta al Hombre de las Ratas y pocos minutos después toma como material de análisis en la sesión las fantasías referidas a los arenques, pero no conceptualiza la situación de haber compartido la comida entre ambos. Una situación de tanta intimidad y seguramente llena de intercambios valiosos, como compartir una comida, difícilmente pase desapercibida; pero Freud estaba preocupado por transmitirnos cuestiones relacionadas con la tramitación de los deseos sexuales, que en esa época constituían el corazón mismo de la teoría alrededor de la etiología de las neurosis. Su foco se centraba en esta cuestión y no en otras.

En el caso del Hombre de los Lobos, en cierto período de su análisis, Freud lo atiende gratuitamente, además de organizar una colecta para que éste pudiera subsistir. Según diversas teorías y en diferentes épocas, estas situaciones podrían comprenderse de distintas maneras: por ejemplo, para algunos sería la culpa lo que motivara a Freud a ocuparse de esa manera de su paciente; para

otros, Freud se haría cargo de necesidades insatisfechas activadas por el vínculo analítico. Pero, la teoría psicoanalítica elaborada hasta entonces no podía dar cuenta de estas situaciones. Tampoco era admisible ni deseable explicitar dudas e interrogantes que pudiesen mostrar fisuras en la construcción del psicoanálisis y perturbar la necesitada aceptación por parte de la comunidad científica y la sociedad en general. Menos aún mostrar vulnerabilidades en los analistas que necesitaban justificadamente ser –y parecer– fuertes dentro de su encuadre, apoyándose en la neutralidad y en la abstinencia, lo que daba sello de científico al psicoanálisis naciente. (Aron, L., 1996).

El psicoanalista, con sus actitudes y participaciones verbales o no verbales, estimula transferencias en su paciente. Siendo o no conciente, satisface necesidades (contacto con intimidad, continuidad en la relación, mutualidad, espejamiento, juego, oposición, estar a solas, etc.) más allá de que las perciba o no.

Somos concientes, y lo decidimos así, de nuestro comportamiento abstinentemente en cuanto al deseo del paciente (deseo sexual, infantil, inmortal como lo caracterizamos), pero no solemos detenernos en aspectos satisficentes de necesidades, muchas veces incluidos en nuestras actitudes que no siempre tenemos presentes.

Winnicott lo describe muy bien:

A una hora prefijada, cinco o seis veces a la semana, Freud se colocaba al servicio del paciente. (La hora era fijada a mayor conveniencia del analista y del paciente). El analista estaba allí, puntualmente, vivo, respirando. Durante el breve período de tiempo fijado (cerca de una hora) el analista se mantenía despierto y se preocupaba por el paciente. El analista expresaba amor por medio del interés positivo que se tomaba por el caso y expresaba odio por su mantenimiento estricto de la hora de comenzar y de acabar, así como en el asunto de los honorarios. El odio y el amor eran expresados honradamente, es decir, no eran negados por el analista. Continúa describiendo su apreciación del encuadre sostenido por Freud señalando finalmente que “el analista sobrevive”. (1954, p. 386)

Las revisiones teóricas –que como ya he señalado, siempre tienen el sesgo de epocales–, no son privativas del psicoanálisis. En todas las ciencias humanas asistimos a la crisis de los paradigmas instalados, mientras las nuevas perspectivas aún no están firmemente aceptadas. Pero, en nuestro campo, esta difícil transición ha llevado a muchos analistas a aferrarse a teorías de turno como si fuesen convicciones, o formasen parte de su núcleo identitario.

Maestros y discípulos. La transmisión

Este es un tiempo de transición teórica, no de eclecticismo. Es un tiempo pesado, doloroso y quizá nos haga sentir más solos dentro y fuera de las organizaciones en las que nos nucleamos. Sin contemplar, claro está, los factores políticos, institucionales o económicos que hacen de la pertenencia a determinados grupos una manera de subsistencia.

La necesidad de adherirnos fuertemente a la tradición, requiere de líderes históricos o contemporáneos con características autocráticas. Las rígidas concepciones se sustentan con el mismo mecanismo del mantenimiento de las deidades. La consecuencia es que intentan comprender al paciente actual y a las nuevas propuestas de trabajo, que se presentan a las situaciones de consulta y tratamiento, con modelos metapsicológicos derivados en prácticas no adecuadas para una aproximación comprensiva. Estas posturas (entronizando dioses con el afán de sobrevivir) atentan contra la creatividad que requiere nuestra tarea.

Comentaba en el *XXI Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de Donald W. Winnicott* (2012), que cada tanto mi padre solía exiliarse en su escritorio. Para mis ojos de niño, resultaba un aislamiento misterioso. Me explicaba que en esos momentos dialogaba con dios. Su propio dios. De esa manera, decía, creaba una situación de reflexión y encuentro consigo mismo.

Años después supe que muchos chinos del Lago del Oeste, en Hanzhou practican Tai Chi Chuan en la madrugada, al pie de las montañas, acompañados por el canto de sus pájaros a los que llevan en sus jaulas consigo diariamente. Buscan momentos de contemplación reuniendo fuerzas para el día que comienza. Se inventan -crean- de esta forma un ámbito para lograrlo y sostienen que, relajando los músculos y las articulaciones y moviéndose de manera suelta y fluida, permitirán que el Qi -la energía vital- fluya.

Winnicott (1963, p. 131) señala que los padres presentarán a su hijo los dioses de la familia cuando el niño esté listo para crearlo. Si ese niño ha tenido condiciones adecuadas para su desarrollo en su momento, podrá crear a sus propios dioses a partir de su propio self. No será necesario forzarlo ni implantarle una idea.

Cuando practicamos nuestra profesión y nos sorprende algún recuerdo infantil que teníamos olvidado -como este con respecto a mi padre- quizá estemos en condiciones para que nos surja alguna idea que, puesta en barbecho, (Khan, 1978) sea la expresión de nuestra propia capacidad creativa.

El niño podrá crear su propio dios si está maduro para ello; nosotros po-

dremos dar forma a nuestras creencias que resultarán propias y que no serán las de otros. Estas ideas, fruto tanto de nuestra historia como de nuestra práctica, difieren de aquellas que nos implantaron quienes que no han sabido esperar que estuviésemos en condiciones de crear. Los que intentamos transmitir el psicoanálisis debemos tener en cuenta que, si queremos implantar ideas, colonizando discípulos, sólo lograremos someterlos, impidiéndoles la creatividad.

Reconozco ciertos largos pasajes de mi historia psicoanalítica personal dentro de la institución en la que me formé: transcurrí en primer lugar por los conocimientos de Freud, luego de Klein y, después de unos años, me acerqué a aquellos autores con los que ahora dialogo, aunque ignoro si serán los de mañana.

En algunos períodos conviví con dioses impuestos, en otros puede hacerlos propios y utilizarlos para crecer.

¿Cómo poder usar a nuestros maestros sin intentar identificarnos con ellos? ¿Cómo no perdernos en una identidad que tiene poco que ver con la propia y con nuestra contemporaneidad? Esta quizá es la cuestión más importante que tenemos que afrontar quienes vemos a determinado autor o a un grupo de ellos con buenos ojos. Winnicott (1971, p. 118) antecede la destrucción del objeto a su uso. Esto nos lo aclara en el desarrollo del original concepto del *uso del objeto*. Debemos alejarnos rápidamente de lo que constituía la herramienta de poder de la iglesia medieval sintetizada en aquella frase: “Roma ha hablado, la cuestión está terminada” o su equivalente relativo a los liderazgos individuales: *Magister dixit* como palabra suprema. Estas expresiones delinear un pensamiento basado en el poder dogmático, que es aliado del sometimiento y, por ende, el polo opuesto a la creatividad.

Durante la evolución de nuestra disciplina psicoanalítica hemos pasado (quizá debería aún utilizar el verbo en presente) por diversas épocas en las que las ideas de un autor resultaban el estandarte de una ideología. Quienes esgrimían estas ideas, que a la manera de bandera evitaba toda reflexión, pertenecían al grupo dominante señalando a quienes, debían ser excluidos. (Nemirovsky, 2002, 2007). Las motivaciones de estas actitudes discriminatorias son complejas: podemos pensarlas desde el narcisismo de las pequeñas diferencias, la naturaleza del prejuicio, el deseo de poder de una fracción, el control institucional, la hegemonía ejercida sobre el mercado consumidor, los autores “de moda”.

Crear implica necesariamente alejarse del punto de partida para llegar a otro distinto diferente. Queremos a nuestros padres y no por esto nos quedamos sometidos a su mandato. Nos alejamos de ellos haciendo nuestro propio camino. Resulta entonces una paradoja: amar es primero sobrevivir y luego

vivir nuestra vida propia. Nuestra creatividad aparecerá a partir de la destrucción, procurando buscar desde los cimientos de la tradición, los conceptos que resulten interesantes y útiles. No quisiera aquí repetir lo que seguramente tantas veces hemos leído en *Realidad y Juego* (1971) [...] “hola objeto... te he destruido... te amo...”. (p.121)

Entonces buscaremos a partir de aquello que no fue planteado por nuestros autores de referencia, donde podamos ver algo que quienes nos precedieron no pudieron ver. Pero, para poder crear deberíamos vencer las mismas cinco resistencias que anunciara Freud en *Inhibición, Síntoma y Angustia* (p. 150).

Las tres primeras corresponden al Yo:

1. Resistencia de represión, que nos impide observar fenómenos psicológicos nuevos que no entran, sino forzadamente, en la metapsicología de nuestro referente.
2. Resistencia de transferencia –los impulsos infantiles que idealizan al autor-.
3. Beneficio secundario, que aquí se trata de la pertenencia al grupo elite de “seguidores fieles”.
4. La resistencia del Super Yo de la que deriva la culpa por “ser herejes”.
5. La resistencia del Ello: compulsión de repetición de volver sobre lo que ya conocemos y no nos deja avanzar. (Nemirovsky, C., 2013).

La literatura suele expresar con más precisión lo que queremos decir. Acudo a la ayuda de Galeano, E.:

A orillas de otro mar, otro alfarero se retira en sus años tardíos. Se le nublan los ojos, las manos le tiemblan, ha llegado la hora del adiós. Entonces ocurre la ceremonia de la iniciación: el alfarero viejo le ofrece al alfarero joven su pieza mejor. Así manda la tradición, entre los indios del noroeste de América: el artista que se va entrega su obra maestra al artista que se inicia. Y el alfarero joven no guarda esa vasija perfecta para contemplarla y admirarla, sino que la estrella contra el suelo, la rompe en mil pedacitos, recoge los pedacitos y los incorpora a su arcilla. (1993, p. 86)

En cada desarrollo que comenzamos debemos reconocer que pesan enormemente en la génesis de nuestras ideas, el sometimiento al poder de la “verdad revelada” que enfrentará nuestra creatividad.

Cómo trabajamos con quienes hoy nos consultan

La heterogeneidad de las maneras de realizar nuestra tarea hace que sea imposible intentar describir de modo general nuestro proceder en la clínica. Pero sin duda, el relato tiene más valor que cualquier otro tipo de registro.

Podemos ser suficientemente desconfiados de nuestra percepción o al menos tomar una prudente y saludable distancia de aquello que veamos como certero.

Lo vivido por quien nos trasmite lo sucedido es verosímil, no necesariamente es verdadero y esta verosimilitud tiene, sin dudarlo, más valor que el intento de describir *las cosas tal cual fueron*. Leibovich de Duarte coincide con autores que entienden al tratamiento psicoanalítico como

Un proceso dialógico-narrativo en el que se accede, a través de un proceso interpretativo y de construcción, a verdades narrativas, a resignificaciones para las que importa más la experiencia de los hechos vividos que los hechos en tanto tales. En este proceso la interpretación es considerada tanto como acto de descubrimiento cuanto como acto de creación. (1999, p. 94).

Al decir de Jorge Luis Borges “Mi relato será fiel a la realidad o en todo caso a mi recuerdo personal de la realidad, lo cual es lo mismo” (1975, p.16).

Nuestro proceder no es el resultado de una técnica, tampoco podemos prever el transcurrir del proceso aplicando determinadas recetas. No nos relacionamos con objetos inertes. Acuerdo con Aron, L. (2012) cuando propone que nuestro trabajo tiene que dar cuenta de una práctica. La Sabiduría Práctica como la llamaba Aristóteles (citado por Ferrater Mora, J., 1984).

Desde luego que no podemos generalizar respecto a cómo participamos hoy en la sesión. Nuestro diálogo con el paciente tiene las características de obvia asimetría de la cual partimos: él nos consulta, habitualmente nos paga.

Requiere de nuestra asistencia y nosotros la aceptamos y nos ocupamos de sus perturbaciones. Cómo, cuándo y cuánto intervenir es un arte. No siempre es necesaria u oportuna nuestra participación verbal. Debemos saber que intervenir puede trastocarse en interferir. Es un lugar común escuchar a colegas con experiencia decir que con el correr de los años intervienen cada vez menos y es necesario pensar el por qué de este comentario. Winnicott dice:

[...] sólo en los últimos años me fue posible esperar y seguir esperando la evolución natural de la transferencia que proviene de la *creciente confianza* del paciente en la *técnica y marco psicoanalíticos* y *evitar la ruptura de ese proceso natural con interpretaciones...* me aterra pensar cuántos profundos cambios impedí o demoré en pacientes de cierta categoría de clasificación [se refiere a borderlines, esquizoides, pacientes graves] debido *a mi necesidad personal de interpretar* (itálicas del autor). (1971, p.117).

Pienso, como Winnicott, que la confianza se va instalando gradualmente. Para que el proceso se establezca, tenemos que contar con un gradiente que comienza en la transferencia positiva y puede llegar hasta la idealización. Esto dependerá de cómo el consultante haya sido derivado y, tal vez de lo que haya investigado de nosotros en Internet antes de vernos. Una vez producidas las primeras entrevistas iremos construyendo el marco psicoanalítico y este encuadre delimitará un campo que haga posible los encuentros. Encuentros no necesariamente tranquilizadores pero sí confiables. “Si el analista se porta bien” dice muchas veces Winnicott: si no interfiere ni tiene un comportamiento extemporáneo, si tiene en cuenta necesidades del paciente –contacto, necesidad de estar a solas, mutualidad, etc.- y si se adapta a una modalidad complementaria, como también lo postulaba Liberman (1962), redundará en que el paciente se sienta acogido dentro de un encuadre no impuesto, creado a medida junto con él. Allí el paciente se podrá sentir estimulado a dar cauce a la regla fundamental, si su salud mental se lo permite. Si no puede asociar -como es frecuente hoy día- contará con un encuadre confiable para desplegar sus acciones, siempre que no dañe al analista y le permita ser auténtico y poder pensar. Rafael Paz señala acertadamente que “la clínica psicoanalítica [hoy] se organiza metodológicamente entre las *manifestaciones* del analizando y la *percepción flotante* del analista, es decir, en un arco más vasto que el tradicional” (2008, p.66).

También Winnicott se refiere a la necesidad de interpretar del analista, subrayando que es necesario atender a que esa necesidad no aparezca como la urgencia del analista de hacerlo más que del beneficio del paciente a recibirla.

¿Con qué herramientas contamos en nuestra tarea? Tenemos muchas, pero es necesario que especifiquemos su utilización. Es tan importante el instrumento como la oportunidad y el momento de su uso. Confiamos en nosotros, lo cual tiene cierto riesgo, pero mejor así que encontrar todo fundamento en alguna teoría que nos sirva de armadura recubriéndonos de identificaciones adhesivas.

Trabajamos sumergidos en una relación empática, comprometidos con nuestra tarea. Vamos creando y modificando el campo de acción, sin la mínima posibilidad de ser sólo un espectador. “Cuando veo, invento”, decía Dalí (Ades, 1982) refiriéndose al fenómeno inevitablemente aperceptivo de la mirada humana. Debemos posibilitarnos una manera de observar lo que va aconteciendo, que no nos perturbe durante la sesión.

Abstinencia, espontaneidad, neutralidad

La interpretación es una herramienta privilegiada, aunque no siempre oportuna o necesaria. Sólo interpreto cuando se reitera la dificultad de comunicarnos por la aparición de viejos patrones de relación - la transferencia clásica- que impiden nuestro nuevo vínculo. Recordemos lo que dicen los Botella refiriéndose a los pacientes graves:

el analista no interpreta una fantasía frente a una pérdida, sino que proporciona al yo inundado, una imagen para llenar el boquete abierto por el traumatismo, para restablecer su continuidad psíquica...pero, el analista no sólo está en una situación de pérdida de su encuadre y de su herramienta, la interpretación, además, experimenta el malestar que produce lo confuso de las representaciones que el niño despierta en él, hasta verse amenazado con lo peor, la no-representación, entonces, (el analista) para defenderse, podrá desinvertir su función[...] o al niño [...] o sobreinvertir su intelectualización [...] (1997, p. 125).

Consideremos la totalidad de la actitud profesional. Freud en 1913, planteaba: “Es verdad que uno puede malgastar este primer éxito si desde el comienzo se sitúa en un punto de vista que no sea el de la empatía...”. (p. 140). Más adelante, en 1921, nuevamente: “[...] la empatía desempeña la parte principal de nuestra comprensión del yo ajeno [...]”. Luego, en la misma cita: “Hay un camino que lleva desde la identificación, pasando por la imitación, a la empatía, vale decir, a la comprensión del mecanismo que nos posibilita, en general, adoptar una actitud frente a la vida anímica del otro”. (p. 102).

El paciente nos confiere un poder limitado, que se va consumiendo gradualmente, especialmente con el mal uso. Conviene que estemos atentos a no explicar el presente sólo a partir de la historia, o de la repetición transferencial. Demos chance a la nueva historia que se configura entre el paciente y nosotros

como un nuevo vínculo. Permitamos que aparezca nuestra emoción, si así ocurre. Lo espontáneo, genuino, no es enemigo del insight del paciente, sino que lo favorece.

Permitámonos hacer alguna broma, dramatizar, jugar en el sentido amplio cuando las palabras no son suficientes para abarcar lo que se quiere expresar. Estas actitudes (puestas en acto, *enactments*) nos acercarán a comprender el funcionamiento inconciente del paciente y muchas veces constituirán una verdadera vía regia. Todo lo que hagamos -nuestras actitudes- condicionará los emergentes. No somos anónimos en nuestros encuentros y, saludablemente, podremos ser espontáneos.

En otro artículo decía que:

Muchos de nuestros proceder no alcanzan a explicitarse por diversas razones: por un lado, no resultan visibles a nosotros mismos, a nuestra propia conciencia; por otro lado, cuando podemos asirlas, solemos no tener conceptos que los abarquen y expliquen; por último y quizá lo que más nos pesa, es nuestro temor a resultar herejes en nuestra profesión (lo confirmamos cuando sentimos alivio al encontrarnos con colegas con los que podemos compartir experiencias similares a las nuestras (Nemirovsky, C., 2013).

Como dice Greenberg, J. (2002, p. 201) “Por ahora, estamos muy lejos de saber exactamente qué es aquello de la relación analítica que contribuye con sus efectos terapéuticos”. Decía y quisiera reiterarlo, que sabemos bastante bien aquello que no debemos hacer para conservar un campo de trabajo que nos posibilite pensar, aunque no resulta tan claro dar una indicación acerca de lo que sí debe ser hecho para favorecer la tarea. Pero ¿de qué forma nuestra participación silenciosa o hablada llega al paciente y cómo actúa en su psiquismo?

Debemos ir describiendo aquello que apreciamos que vamos haciendo, pacientemente, sin intentar llegar a conceptualizaciones demasiado precoces. Estamos comenzando una etapa, aún en la transición.

He intentado describir de un modo abierto algunos aspectos del encuentro paciente actual en sus vertientes clínicas. Sólo he señalado ciertos aspectos de este vínculo original, novedoso y desafiante que nos compromete a continuar investigando.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ades, D. (1982). *Dali and Surrealism*. P.64. NY: Harper and Row.
- Aron, L. (1996.) *A Meeting of Minds. Mutuality in Psychoanalysis*. N. York: The Analytic Press
- (2012). Comunicación personal.
- Avenburg, R. (2012). Comunicación personal.
- Borges, J. L. (1975). *El libro de arena*. Barcelona: Plaza y Janés
- Botella, C. y S. (1997). *Más allá de la representación*. Valencia: Promolibro.
- Ferenczi, S. (1988 [1932]). *Diario clínico*. Buenos Aires: Conjetural.
- Ferrater Mora, J. (1984). Diccionario de Filosofía, T. 4. p. 2909. Barcelona: Alianza.
- Freud, S. (1979 [1913]). Sobre la iniciación del tratamiento. *Obras completas*. (Vol.XII, p.p.124-144). Bs.As.: Amorrortu.
- (1979 [1921]). Psicología de las masas y el análisis del yo. *Obras completas* (Vol. XXII, p.p. 63-136). Bs.As.: Amorrortu.
- (1979 [1926]). Inhibición, Síntoma y Angustia. *Obras completas*. (Vol. XX, p.p.71-164). Bs.As.: Amorrortu.
- Galeano, E. (1993). Ventana sobre la memoria (I). En *Las palabras andantes*. Buenos Aires: Catálogos.
- Greenberg, J. (2002). Objetivos psicoanalíticos, acción terapéutica y la tensión del analista. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 2009,13:193-220.
- Khan, M. M. R (1978). Estar en barbecho. *Winnicott*. 75-82. Buenos Aires: Trieb.
- Killingmo, B. (1989). Conflicto y déficit: Implicancias para la técnica. En *Libro anual de psicoanálisis*. (p.p.111-126) Londres-Lima: Ediciones Psicoanalíticas Imago.
- Laplanche, J. y Pontalis J-B. (1971). *Diccionario de Psicoanálisis*. Madrid: Labor.

- Leibovich de Duarte, A. (1999). Restos y rastros del pasado. Historia y Narrativa en psicoanálisis. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis* (2):91- 102.
- Liberman, D. (1962). *La Comunicación en Terapéutica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Little, M. (1990). *Relato de mi análisis con Winnicott. Angustia psicótica y contención*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Liotard, J-F (1997). *La Posmodernidad (explicada a los niños)*. Buenos Aires: Gedisa.
- McDougall, J. (1980). *Alegato por cierta anormalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Nemirovsky, C. (2002). Encuadre, salud e interpretación. En A. Abello y A. Liberman (Compiladores) *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática (2008) (p.p. 273-294).
- (2007). *Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría*. Buenos Aires: Grama, 3ª. Ed. (2013).
- (2011). Le patologie da deficit richiedono una nuova teoria della cura. En F. Borgogno (Compilatore). *La signorina che faceva Hara-Kiri e altri saggi*. Pág. 81-92. Torino: Bollati Boringhieri.
- (2012, Noviembre). Relato. En: R. Zak de Goldstein (Chair), Dialogando con Winnicott en el siglo XXI. Plenario de cierre del *XXI Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de D. W. Winnicott*. Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, AR. Recuperado 6 de Mayo de 2013 de <http://apa.org.ar/wp-content/uploads/Plenario-Nemirovsky.doc>
- (2013) Cuestiones de la práctica actual del psicoanálisis. En *Revista Peruana de Psicoanálisis*. N. 11, (en prensa).
- Ornstein, A. y Ornstein, P. (1998). El proceso de la psicoterapia psicoanalítica: una perspectiva desde la psicología del self. En *Psicoanálisis*. Buenos Aires, 20: 105 – 134.
- Paz, R. (2008). *Cuestiones disputadas*. Buenos Aires: Biebel.
- Winnicott, D.W. (1954). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. En *Escritos de*

- Pediatría y Psicoanálisis*. (p.p.376-398). Barcelona: Laia.
- (1963) La ética y la educación. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. (p.p.121-140). Buenos Aires: Paidós.
- (1971) *Realidad y Juego*. El uso de un objeto y la relación por medio de Identificaciones. (p.p.117-127). Buenos Aires: Granica.
- Zukerfeld, R. (2009). A propósito de La escisión del yo en el proceso de defensa de Luis Campalans Pereda. *Revista de Psicoanálisis* T. LXVI, 2009:651-664.