

El arte de supervisar.

Una experiencia en construcción

Coordinadora del grupo de investigación: OLGA VARELA*

Analistas participantes: IVONNE ASCENCIO, ADRIANA CHÁVEZ,

OLIVIA FERNÁNDEZ, ÁNGELA MADERO, VICENTA RAMÍREZ

Y CARMEN VILLORO

El presente escrito es una propuesta de una manera de trabajo diferente de supervisión grupal, en la cual se pretende mostrar cómo al analizar los afectos contratransferenciales, que surgen en los participantes de la supervisión, es posible hacer visible la repetición del baluarte con el paciente, pues el analista lo lleva consigo en la presentación de una sesión. Aquí no se busca explicar teóricamente al paciente y dirigir al analista en su trabajo, sino que el foco de atención es el analista que presenta el caso. Partimos de la hipótesis de que la formación del analista equivale a desnudar el inconsciente tanto en el análisis como en la supervisión y en los espacios de formación teórica. Si el analista no está dispuesto a jugársela en cualquier espacio, no es posible el análisis. Todo tiene que llevarnos al encuentro con el inconsciente.

Esta propuesta en construcción ha surgido de una experiencia de supervisión grupal a lo largo de dos años. La coordinadora de este grupo, quien venía pensando su práctica desde hace tiempo con esta hipótesis, propone a un grupo de analistas, que a su vez había solicitado un espacio con ella, investigar la relación analítica desde este supuesto. Es a partir de esta elección mutua que conformamos un grupo de investigación del inconsciente. Estas líneas tienen la intención de poner en palabras los intensos afectos vividos y los aprendizajes que hemos adquirido, con el fin de ponerlo a discusión con otros colegas y escuchar sus opiniones para enriquecerlos.

*Olga Varela Tello
Psicoanalista titular en
función didáctica de la
Asociación Psicoanalítica
de Guadalajara.
Presidenta del Instituto
Latinoamericano de
Psicoanálisis (ILAP).

olgavarela@hotmail.com

Es el nuestro un grupo formado por seis analistas y una coordinadora que, al ofrecer la hipótesis antes mencionada, lleva la pauta y suscribe la Ley, diferenciando esta experiencia de la supervisión entre pares. La supervisión se realiza bajo el cálido ambiente que brinda el consultorio. Creemos que este encuadre ha permitido que el inconsciente de las participantes se haga presente con más intensidad y mayor recurrencia que bajo otros esquemas en los que se han trabajado, por ejemplo, grupos más grandes en un ambiente institucional. Otra característica del grupo que nos ha permitido trabajar bajo este esquema y que nos parece una condición para que la propuesta funcione, es que sus integrantes sean personas dispuestas a mostrar su vulnerabilidad y a dejarse tocar por los otros, a recibir la intimidad del otro y abrir la propia. Para alcanzar esta intimidad, como decía Lacan, tiene que haber una entrega —sólo aquellos que asuman la castración simbólica conquistarán esa capacidad—, por lo que es necesaria una atmósfera de confianza.

En este pequeño grupo entendemos la supervisión como un segundo análisis en el cual, a partir del trabajo grupal, se presentan momentos de *in-sight* de asuntos de la vida propia del analista y de su mundo interno que han quedado amarrados inconscientemente con el mundo interno del paciente, formando un baluarte.

Wilfred Bion explica que para poder “aprender de la experiencia”, ésta necesita ser vivida y sentida emocionalmente. Por su parte, Freud dijo que el objetivo del análisis es recuperar la capacidad de amar, disfrutar y trabajar. Podemos trasladar esto al campo del trabajo analítico porque, ¿no son esos puntos ciegos que provocan detenciones en el proceso analítico, limitaciones en el amor, imposibilidades para disfrutar nuestro queha-

cer analítico y para continuar con dicho trabajo?

Para ir mostrando la manera en la que hemos venido trabajando, compartimos la siguiente viñeta.

Viñeta 1

La analista presenta a una paciente que lleva con ella varios años; han pasado de un análisis de tres sesiones por semana en cierto periodo de la terapia, a una sesión semanal. La terapeuta lleva a esa paciente porque no ha podido embarazarse, y se cuestiona si después de tantos años en análisis, no le ha faltado analizar algo que permita ese embarazo.

Las compañeras del grupo le señalan a la analista que, al leer el material, se le siente mucho enojo. Esto, para ella, es una sorpresa.

La analista, asombrada ante el señalamiento de un afecto del cual ella no se había percatado, explica que el enojo que siente se debe a que percibe a su paciente muy psicopática y narcisista, peleando a todos, pidiendo dinero y exigiendo que la sostengan, sin ella querer hacer un esfuerzo.

La coordinadora comenta que ahí no siente el enojo de la supervisada, sino que ve a la supervisada muy insistente en hablar de que, por un lado, la paciente dice querer un hijo, pero que ella no ve que quiera hacer el esfuerzo ni de tratar su problema de fertilidad ni de ahorrar. Momentos después, la coordinadora invita a la analista supervisada a preguntarse si no será el propio deseo de la analista de volverse a embarazar y un duelo por los bebés que ya no llegarán. Al escuchar estas palabras, la supervisada comienza a llorar, llanto que no puede parar por un minuto; con el llanto se baja el coraje que ella sentía y que se reflejaba en su tono, y voltea sorprendida a comentar que no sabía que tenía ese dolor, que estaba tan segura

y contenta con sus hijos, que nunca se imaginó necesario un duelo por la maternidad y el embarazo que ya no tendrán lugar.

Las compañeras del grupo acompañan en silencio y algunas de ellas con lágrimas también; silencio que brindó calor y apoyo en lugar de vergüenza por llorar en público y sentirse expuesta ante el surgimiento del propio inconsciente.

Una integrante del grupo comenta: "Todo estaba digamos que contaminado, ya que el proceso estaba de cierta forma atorado porque tocaba fibras muy hondas en la analista que tenían que ver con su propia experiencia con la maternidad. Fue cuando llegamos a ese punto doloroso en el que todas sentimos cómo se desanudaba algo y se lograba un conocimiento nuevo".

Cuando llevamos material clínico a supervisar, junto con este material se transmiten afectos transferenciales que se viven dentro de las sesiones con ese paciente y que están impidiendo que el proceso avance. En la supervisión, el analista repite lo que no pudo elaborar en la sesión con su paciente. El inconsciente del analista está tocado por el inconsciente de su paciente desde la sesión, y los afectos que ese encuentro genera son revividos en el grupo. Es a través de esta repetición que los compañeros sienten y pueden verbalizar el baluarte. Mas no todo se alcanza a sentir, y no todo se logra verbalizar, ya que la palabra nunca puede expresar de manera cabal el inconsciente y los afectos. La experiencia vivida es inefable, dejando un resto que no podrá ser verbalizado. Esta imposibilidad de comunicar parte de lo vivido es un aspecto de la castración simbólica que todo analista tendrá que aceptar. Algunos jirones del inconsciente se expresarán en actos, equívocos, ocurrencias espontáneas, lapsus y

sensaciones corporales, por lo que todo lo que sucede en el campo de la supervisión puede ser tomado por un signo.

Los integrantes del grupo logran sentir el afecto del analista porque el analista lo siente y lo irradia. Al no haber interpretado lo que pasaba en la sesión con su paciente, trae, por así decirlo, la transferencia encima, y eso será lo que se repetirá en supervisión. Porque la transferencia es un destino pulsional, las supervisiones no serán excluidas de este campo; la pulsión envuelve a los integrantes provocando los mismos efectos, en los participantes, que creó en el analista en la sesión. La ceguera del analista, que inició en la sesión con su paciente, continúa hasta la presentación del material en la supervisión. Es a través del grupo y su sentimiento colectivo que el analista percibe su enredo y lo puede elaborar, y esta elaboración y salida del baluarte es el mayor beneficio de la supervisión.

Viñeta 2:

La paciente empezó tratamiento hace seis meses con una sesión a la semana. Le enoja mucho pagar las sesiones a las que no va. En el transcurso de dos meses faltó a cuatro sesiones, dos por festejos y dos por cuestiones de trabajo. La analista quedó en recuperarle las últimas dos, pero a última hora canceló también una de las sesiones de recuperación. Insiste mucho en preguntar si tiene que pagar aunque no haya ido a las sesiones. En la sesión que se presenta para supervisión, la paciente habla de varias situaciones en las que expresa lo insatisfecha que se siente en diferentes aspectos de su vida, y hace énfasis que en cada uno de ellos termina decepcionada. A medida que lee la sesión, la analista se va enojando. Al finalizar, la paciente anuncia a la analista que decidió sus-

pende durante el periodo vacacional de sus hijos, mismo que corresponde a su lugar de trabajo. La analista plantea que “no sabe” si la paciente va a regresar porque no la siente con interés en el análisis; así mismo por la tendencia de la paciente a faltar y reclamar que tiene que pagar esas sesiones también. La coordinadora, de entrada, nos hace preguntarnos qué hace la paciente para que la analista se instale en el *no sé* cuando, en realidad, nunca sabemos.

En el grupo de investigación, la reacción es también de enojo hacia la paciente. Se la percibe impenetrable; hace sentir a la analista que le tiene que dar lo que ella no puede dar, que quiere hacer lo que se le da la gana y se coloca como una diva. Durante la supervisión, las otras analistas tienden a identificarse con el enojo de la analista que presenta la sesión. La coordinadora se mantiene en silencio, escucha y observa la reacción del grupo, ve que ésta es intensa, hay mucho movimiento, y pregunta si realmente es una paciente impenetrable o si la analista con sus intervenciones “la hace impenetrable”. Deteniéndonos en las intervenciones de la analista, vemos cómo ella contribuye a que la paciente se enoje cada vez más. La pregunta es: ¿por qué se enoja la analista? Observamos, también, cómo la identificación en la contratransferencia entre pares en la supervisión grupal puede hacer que el baluarte no sólo se sostenga, sino se refuerce al apoyar el sentimiento y la teoría de la analista de la impenetrabilidad de la paciente. Por suerte, la coordinadora puede evitar este destino al poner en palabras no únicamente lo que sucede en la sesión presentada, sino en lo que pasa en ese grupo, en ese momento, en supervisión.

Vemos una vez más cómo el narcisismo del analista afecta la relación analítica. En este caso, quiere meterse

“a fuerzas” con sus intervenciones, que tienden a ser más racionales que espontáneas. Por otro lado, se evidencia cómo el encuadre se usa más para comodidad de la analista, tratando ésta de imponer las reglas y convirtiendo el pago en una lucha de dominio. ¿Por qué se enoja la analista cuando la paciente se va de vacaciones y decide suspender el análisis? ¿Por qué las compañeras se molestan con la paciente presentada si sienten que ésta ataca a su par? ¿Será solamente un efecto del compañerismo? ¿Será la identificación con el papel de analista agredido en su función que todos hemos experimentado?

Proponemos que es la identificación histórica propuesta por Freud y desarrollada por Kristeva en su trabajo: “histerización de la contratransferencia”, lo que nos permite trabajar de esta manera.

Cuando Lacan afirmó que el analista se tiene que borrar, se refiere a que se tiene que borrar como persona real para que el paciente lo pueda usar, como el “uso del objeto” del que nos hablaba Winnicott. En este caso, es comprender que la paciente venga a analizarse cuando pueda. Al enojarse, la analista repite lo que le pasó a la paciente con sus padres. Transferencialmente, la paciente cuenta todo esto para ver si la analista se enoja porque no va a ir. La analista no tendría por qué enojarse por esto. La supervisión permitió al grupo dar un giro a sus preguntas; ahora la cuestión es: ¿por qué no se siente entendida la paciente? ¿Por qué no le interesan sus sesiones? ¿Cómo interesarla en el análisis?

Viñeta 3:

Un caso diferente fue aquel en el que una de las analistas contó un sueño del paciente en el que claramente devalúa a la analista y se coloca en una posición de superioridad. La analista es ciega a la magnitud del desprecio del

paciente y no siente enojo, sino tristeza y sensación de abandono porque el paciente ha anunciado que dejará el tratamiento. Son las compañeras del grupo de supervisión quienes sienten el enojo por la agresión del paciente, y es hasta entonces que la analista lo puede vivenciar en toda su magnitud y utilizar este nuevo conocimiento en sesiones posteriores con el paciente.

En el “campo de la supervisión” surge el inconsciente del analista que presenta sesión, y los integrantes del grupo funcionan como radares, pantallas, partes fragmentarias, síntomas y actuaciones del inconsciente de la pareja analítica. ¿Se puede hablar del inconsciente de la pareja analítica? Nos ha parecido que el fenómeno de la transferencia, así como la “interpretación en transferencia” incluyen a los dos partícipes de la relación, ya que concebimos el inconsciente como una producción sorpresiva, irruptora y significativa en el intercambio verbal y corporal del proceso analítico. Del mismo modo, podemos pensar en un inconsciente grupal o “intertransferencial” que circula de manera dinámica, espontánea y sumamente reveladora en el grupo de supervisión. La coordinadora, que tiene más experiencia clínica que los miembros del grupo, los invita a ser sensibles a las reacciones corporales, a los afectos y a las asociaciones libres que la lectura del material supervisado provoca, dándole entrada a esa primera comunicación que, después, *a posteriori*, tendrá palabra. “¿Qué sienten?” es la pregunta que abre el intercambio de impresiones. El énfasis está puesto en la sensibilidad de los participantes, más que en su conocimiento teórico, dando por hecho que éste ha sido previamente introyectado y que el encuadre interno está bien establecido. Es con la sensibilidad que trabajamos, haciendo caso a esas reacciones naturales que surgen de la interacción humana y del uso de las

palabras, de la resonancia que las palabras tienen en nuestro mundo interno.

En lugar de emitir un juicio acerca del trabajo del analista que presenta el caso, la coordinadora hace ver lo que ella ve que está sucediendo en la relación paciente-analista, y también hace ver lo que está sucediendo en el grupo. Si los miembros del grupo permanecen callados, pasivos; si hay una inquietud generalizada; si el grupo se comporta de manera maniaca y no puede concentrarse en la sesión; si hay desánimo, molestia, incomodidad, tristeza; todo tiene que ver con el inconsciente de la pareja analítica que ha permeado al grupo. Así como en una sesión nada es casual, así se conciben aquí los movimientos, comentarios, interrupciones y explosiones emocionales al interior del grupo. “Freud no descansa”; tampoco en el grupo de investigación.

Esta manera de entender el arte de la supervisión nos obliga a tener una atención flotante que rebasa la sesión analítica y nos lleva a ponernos, en el grupo, en un estado de receptividad a los contenidos latentes de los diversos discursos de los integrantes del grupo, incluyendo el lenguaje corporal. Esta actitud-siempre-analítica es de enorme utilidad para detectar el inconsciente que se manifiesta de múltiples e inusitadas maneras. La función del coordinador en un grupo como éste es la de poder escuchar y hacer oír los diferentes sonidos del inconsciente en el grupo, tanto sus consonancias como sus asonancias, y, como un buen director musical, poder orquestar esos sonidos que, a veces, son más bien ruidos, dándoles sentido en función de la problemática del paciente y las competencias o dificultades del analista que expone su trabajo.

Esta forma de trabajar en supervisión tiene efecto no sólo a nivel de los conocimientos (que es el nivel en el que incide la supervisión convencional), sino

en lo que podemos llamar “la sensibilidad analítica”, de manera que la transmisión del arte de analizar rebasa las instrucciones concretas de qué hacer en particular con este paciente o qué decirle a tal otro, y se amplía a un “modo de estar” con los pacientes en general, más sensible, agudo y receptivo. Pero la receptividad, en estas circunstancias, no debe entenderse como algo pasivo, sino como una actitud alerta, aunque sigilosa, parecida a la del cazador que espera cazar a su presa: el inconsciente.

Viñeta 4:

La supervisada lleva a supervisión la sesión transcrita de un paciente. Al reconstruir la sesión, borra la descripción del paciente —pero deja el encabezado “Descripción del paciente”— porque no quiere dar pistas y que el grupo pueda formarse una preconcepción, ya que a la analista le parece que tanto la voz como la vestimenta del paciente son muy femeninas.

En la supervisión se habla de este acto fallido, lo que daba a pensar que la analista miraba al paciente totalmente femenino y lo trataba como tal, situación que más que ayudar al paciente, lo fijaba mortalmente a ese lugar femenino en el cual desde hace tiempo había sido colocado. Y se habló de cómo era necesario que su analista lo mirara diferente, capaz y masculino, para que, a su vez, el paciente pudiera acceder a otro lugar y otro destino.

La experiencia de la supervisión grupal ha sido enriquecedora y no se puede dejar de pensar en ella como una extensión del análisis personal con visión aumentada. Uno llega con una sesión reconstruida, así como también se llega al propio análisis con una construcción de uno mismo. En ambos casos, al empezar a analizar, así como a supervisar, se deconstruye y se construye tanto al paciente que se supervisa como al analista que lo presenta, ya que uno como terapeuta también va construyendo su identidad de analista y como persona. Siguiendo el pensamiento de André Green, comprobamos que lo que se hace con el objeto se hace también con el Yo. Poco a poco se va deconstruyendo el material clínico hasta que llegamos a ese punto ciego, a esa experiencia profundamente humana que se mueve dentro del material clínico, para luego reconstruir la relación con el paciente, con nuevos elementos de comprensión. La construcción-deconstrucción del paciente se hará junto con la construcción-deconstrucción del analista.

Las analistas que hemos tenido la oportunidad de vivir esta novedosa experiencia salimos con muchas reflexiones a partir de cada material analítico que se presenta. Nos llevamos preguntas, movimientos, transformaciones y creaciones a nuestros consultorios, a nuestras vidas. (Consideramos que este trabajo no está terminado porque nuestra investigación continuará).