

Comentario a la supervisión de A. Green, sobre un material clínico (Sra. M) de H. Krakov

Eduardo Laverde Rubio⁴¹

Introducción

La supervisión en psicoanálisis se estableció formalmente en el congreso de Bad-Homburg 1925, propuesto por Max Eitingon y luego refrendado por la Asociación Psicoanalítica Internacional (API), como un procedimiento de formación, de tipo interpretativo, que emprende el candidato a analista, trabajando con un analista formado y con experiencia, cuyo objetivo es adquirir la destreza necesaria para desarrollar experticia y autonomía en el análisis de pacientes. Este procedimiento no pretende sacar conclusiones generales, evita presentar enfoques únicos, es un proceso de descubrimiento, que busca profundizar sobre la evidencia de la clínica psicoanalítica. Puesto que la metodología psicoanalítica no está basada en la observación, ni en la experimentación, no se trata de ‘ver lo mismo’, ‘confirmar lo visto’ o lo experimentado, sino de crear alternativas de comprensión (de identificación) sobre un fenómeno clínico. La metodología, en nuestro caso, es la observación participante entre el analista y su paciente, donde se establece un proceso basado en identificaciones entre uno y otro, identificaciones que desencadenan respuestas emocionales, es, por lo tanto, un proceso identificatorio-vivencial. En este método, el analista puede generar en sí mismo identificaciones, concordantes con su paciente. Es decir, el analista, logra conocer el elemento A (lo desconocido del paciente), mediante su

⁴¹ Médico Psiquiatra. PhD Universidad Nacional de Colombia. Psicoanalista. Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Colombiana y de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, didacta del IDEAL e ICP.

identificación con él, generando A*, un fenómeno no igual, pero sí semejante o de su misma naturaleza. También, puede generar identificaciones no similares, aunque relacionadas, que podremos designar identificaciones B, de tipo complementario. ¿Cuál es la labor del supervisor al reflexionar sobre este determinado material que ya cursó, en el cual no participó inicialmente? Puede generar sus propias identificaciones vicariantes a distancia, que sirven de elemento triangulador, al ser congruentes con los procesos identificatorios originales. En caso contrario, cuando los resultados son muy diferentes, puede detectar el producto de distorsiones, retroproyecciones, negaciones u otros funcionamientos psíquicos inconscientes (Inc.), que determinan sesgos en el estudiante supervisado. La consistencia del método puede ponerse en evidencia con el transcurso del tiempo, en la medida que el paciente muestre cuál de las comprensiones estará más cerca de su realidad interna, y del proceso en curso.

Objetivos de la supervisión

1. *Detectar* distorsiones o fallas en el proceso analítico en estudio o, mejor aun, facilitar al supervisado el encontrar dichas fallas. Estas pueden ser: procesos paralelos donde no hay encuentros entre el analista y su paciente; puntos ciegos dejados de lado por ambos miembros de la pareja; situaciones de entrapamiento o sin salida (*impasse*), retroproyecciones del analista; etc.
2. *Crear* articulaciones entre la teoría y la práctica, donde esto sea posible.
3. *Determinar* si el establecimiento y modulación del encuadre son útiles para incluir y controlar variables o para excluir otras, de tal manera que facilite el proceso analítico.
4. *Indagar* sistemáticamente la contra-transferencia (c-t). Este es un punto muy polémico, pues puede descolocar a ambos miembros de la pareja supervisor-supervisado de los papeles que les son propios, e invadir la privacidad del análisis del supervisado. Aún cuando,

como ya se dijo, la metodología psicoanalítica está basada en la identificación *Inc.* y su vivencia correspondiente, y este es un campo propio de la *c-t*, debemos evitar equívocos. La contratransferencia no se indaga con la pregunta al supervisado ¿verdad que sintió con el paciente, cuando interpretó (o no interpretó) esto o aquello? Esta pregunta solo precisará, la más de las veces, de manera intrusiva e impropia, el polo consciente de la *c-t*, pero sabemos que la verdadera *c-t* es *Inc.* Y a esta solo se puede llegar mediante el psicoanálisis del paciente, lo cual no es función del supervisor. Lo más que podríamos adelantar en este punto sería el estudio de la *c-t* ‘pública’, es decir, la que espontáneamente el candidato o colega en supervisión esté dispuesto a compartir con su supervisor, pero nada más, cualquier otro intento de indagación de la *c-t* ‘privada’, es decir *Inc.*, sería una intrusión indebida y violenta, así como una injerencia inapropiada en el análisis que cursa paralelo o en el área privada del colega.

5. *Generar* alternativas de comprensión y manejo frente al material clínico estudiado.

Metodología de la supervisión

La supervisión, como el psicoanálisis clínico, tiene un encuadre, un marco que incluye variables y excluye otras. Los dos participantes se reúnen semanalmente, para estudiar el material clínico presentado por el candidato, quien recibe las observaciones y puntos de vista del supervisor. Los requisitos de API, establecen que el candidato debe analizar al menos dos pacientes, con un mínimo de tres sesiones semanales de 50 minutos cada una, por un periodo de aproximadamente dos años (80 sesiones de supervisión), para un total de 160 supervisiones.

El tipo de supervisión que estudiamos en este texto, es diferente del estipulado para la formación, se trata, en nuestro caso, de escuchar la comprensión de un visitante internacional sobre un determinado material clínico, presentado por parte del grupo de colegas de la Sociedad local.

A diferencia del psicoanálisis clínico, donde existe solo un procedimiento y una técnica normalizada, en la supervisión existen varios procedimientos, cada uno con sus ventajas y costos. A continuación, reseñare brevemente los que conozco:

1. *Relación maestro-aprendiz.* Se trata de un modelo de aprendizaje medieval y del Renacimiento temprano, en el cual se considera al aprendiz como una copa vacía y al maestro como una copa rebosante de conocimientos, de la cual debe beber el primero. En este modelo, se espera que el alumno imite a su maestro, que este le indique qué debe hacer y qué no, es su modelo a seguir, se crea Escuela –recuérdese la Escuela de Leonardo da Vinci, donde sus discípulos empañados del estilo y la técnica de su maestro, podían continuar sus obras, o hacer las suyas, pero siguiendo todas las indicaciones del maestro–. Si el maestro es un genio, este modelo tiene algún sentido, pero, en el mejor de los casos, es de sometimiento al genio, por lo tanto, corta con la inspiración y la creatividad de los discípulos; en el psicoanálisis, donde las herramientas de trabajo son los propios recursos y funcionamientos psíquicos de cada quien, sería peor, pues la personalidad de los alumnos se vería restringida. Por este motivo, se considera este modelo autoritario y nada recomendable, a no ser en aspectos muy puntuales de la técnica.
2. *Método mayéutico.* El supervisado como su propio supervisor. En este modelo, se espera que el discípulo detecte sus errores, mediante la reflexión del proceso en curso, allí la función del supervisor es de testigo, que facilita esta experiencia mayéutica con su discreta opinión. Tiene la desventaja que no siempre es fácil, en psicoanálisis, rescatar sus propios errores, por las implicaciones emocionales del proceso.
3. *Supervisión no directiva.* Considero este modelo como uno de los más apropiados, pues abre posibilidades sin direccionar al supervisado, permitiendo que desarrolle su creatividad y estilo. En este, el supervisor, da su opinión cuando lo considere necesario, sin dogmatismos, ni

- autoritarismos; esta opinión no debe ser utilizada de manera concreta ni inmediata, no es mejor ni peor que la del supervisado, quien la debe poner en consideración, para establecer en su momento de qué manera puede ser un elemento de comprensión o una herramienta útil.
4. *Inter-análisis*. No empleada en nuestro medio, desarrollada por el Grupo Cuarto de París, en un intento de síntesis entre la ideología de Lacan y los lineamientos de la API. Consiste en que uno de los miembros ‘habilitantes’, en su carrera para ser Miembro completo, escoge varios colegas, dos o tres, con quienes presenta y discute la conducción de una cura psicoanalítica, durante algunas reuniones. Esta modalidad no es lo mismo que una supervisión colectiva, pues se supone que en el *Inter-análisis* todos los colegas funcionan en círculo, sin jerarquías verticales. El argumento de los miembros del Grupo Cuarto, es que esta modalidad, previene el anonimato de la burocracia analítica, donde no hay compromiso individual en la toma de decisiones. Una variante de esta modalidad es empleada en Uruguay, allí, el candidato, antes de iniciar sus supervisiones individuales, discute con dos analistas de experiencia, durante algunas reuniones, un determinado material. Los uruguayos fundamentan esta modalidad, argumentando que el discutir un material clínico, con colegas de diferentes enfoques teórico-técnicos, evita sesgos y saturaciones prematuras.
5. *El sistema de “dos pasos”*, de D. Tukett (2008). Consiste en categorizar, en un primer paso, las intervenciones del analista, de acuerdo al siguiente esquema: a) mantenimiento del encuadre; b) fomentar la asociación libre, por ejemplo: preguntas sobre un sueño; c) confrontaciones, clarificaciones, reformulaciones; d) interpretaciones; e) construcciones; f) errores. El segundo paso, consiste en establecer a largo plazo si con las intervenciones precedentes se ha instituido un proceso analítico.

6. *Escucha de la escucha*, propuesto por H. Faimberg (2006). En este se busca establecer las respuestas del paciente a las intervenciones del analista, la cual se categoriza como narcisista o intersubjetiva. La autora sostiene que esta respuesta es, generalmente, narcisista, llevando al analista a interpretar nuevamente; por otra parte, utiliza este método para determinar, a partir de las intervenciones, la superestructura teórica del analista. En la propuesta de Faimberg, se trata de establecer los presupuestos básicos teóricos del colega que presenta el material y confrontarlos con los mismos presupuestos de los colegas que revisan, debaten o supervisan dicho material, estableciendo las diferencias básicas. Se busca crear un co-lenguaje, para poder discutir las diferencias y comprobar cómo trabaja el presentador. Se explora, de esta manera, cómo el impacto que los supuestos básicos de cada participante influyen en la comprensión del material. Se trata de establecer de qué forma el presentador escuchó al paciente, mediante sus supuestos teóricos y cómo lo entiende el supervisor o cada uno de los participantes, cuando se trata de un grupo. Faimberg plantea que existe un hiato, es decir, una hendidura teórica entre la comprensión de uno y otro(s) y afirma que, como consecuencia, se genera un malentendido. Una vez que este malentendido es focalizado, se puede proceder a la diferenciación.

Como se puede apreciar, estos métodos son distintos. El sustentado por mi punto de vista, busca la respuesta inconsciente del paciente a la interpretación del analista, para establecer si fue regresiva (defensiva) o progresiva (*insight*).

La propuesta de Faimberg busca establecer las diferencias en la teoría clínica entre el presentador y el supervisor o comentador, para detectar hiatos, diferencias, concordancias y superar los inevitables, según ella, malentendidos al revisar un material.

Para adelantar esta discusión se debe precisar: a) qué tanto interviene la teoría de cada analista en su interpretación; b) qué tanto esta teoría establece

diferencias generando escuelas, tendencias, modelos diferentes.

Por mi parte, afirmo que el conocimiento del paciente en análisis se da por identificación inconsciente y solo adquiere un nivel teórico cuando se produce el fraseo de la interpretación, es decir, la teoría es el último ingrediente y la vivencia, que acompaña a la transferencia-contratransferencia, es el elemento primordial.

A este respecto he propuesto una alternativa:

1. *Escuchar la respuesta del paciente*, pero en términos de resistencia o *insight* y, además, no tratar de establecer la superestructura teórica del analista o del supervisor, pues esto, más que una ganancia puede configurar un obstáculo, por lo irreconciliable de aferrarse a determinados modelos teóricos.
2. *Excluir las intervenciones* del analista tratante, preservando la oportunidad para escuchar las posibles intervenciones de los participantes, en un seminario clínico continuado o supervisión colectiva. No se trata de una adivinanza, sino de contrastar varios enfoques o puntos de vista.

A las anteriores posibilidades, agrego algunas especificaciones, que consisten en:

1. Inspirado en el concepto estadístico y matemático de los *grados de libertad*, entendido como las posibilidades que se le presentan a un investigador científico frente a un problema, categorizar las intervenciones del analista en: a) abstención; b) coincidencia; c) complementación (A +B); y d) sustitución (A sustituye a B).
2. Entender el material clínico de una sesión en su conjunto, como si fuera un sueño o una fantasía. Esta propuesta la establecí a partir del material de una colega en formación, donde no me ocupé de cada una de las intervenciones de la paciente adolescente ni de la analista, sino del conjunto, de la totalidad de la sesión. La sesión se dio en el contexto del análisis virtual, pero la adolescente se

comunicó con su analista solamente por el audio, suprimiendo la imagen, esto llevó a la analista (inconscientemente) a aumentar el contacto con su paciente, interviniendo más de lo acostumbrado por ella. La adolescente se encontraba triste o deprimida, en un estado de regresión, al lado de su cama, en pijama, sin bañarse, arropada con sus cobijas, y quería y no quería que su analista la viera en este trance; esta jovencita necesitaba más contacto, hasta el punto que su analista le ofreció trabajar presencialmente, asunto que fue considerado en el resto de la sesión.⁴²

Mi comentario estará centrado sobre las intervenciones del supervisor Dr. A. Green, sin ocuparme de analizar el material clínico, ni de la conducción del análisis por parte del Dr. Krakov. Mi objetivo fundamental es intentar establecer el modelo de supervisión de Green, que se pueda puntualizar a partir de las intervenciones del mismo.

Inicialmente, el supervisor solicita alguna información sobre el interés del analista en la Sra. M, por qué la considera tan interesante, lo califica de optimista (detecto algo de humor, pero también de ironía). A renglón seguido, interroga en detalle sobre la contratransferencia del analista, pero no se considera satisfecho con la respuesta, solicita algo más, y agrega que este tipo de pacientes moviliza las bases de la identidad analítica (esto dirigido al analista, ¿suena a una interpretación?). Pide clarificar los sentimientos y la manera de pensar el psicoanálisis. Luego, hace una pregunta directa: ¿cómo se imagina el aparato mental de la Sra. M.? A partir de la respuesta, “disociación”, discuten un tema teórico: los fundamentos mentales enunciados por Freud en su *Proyecto*. Concluyen que el psiquismo de M. no está diferenciado de una corporalidad, que solo hay una apariencia de psiquismo. Luego, el supervisor hace comentarios extensos sobre la historia de la paciente y su sintomatología, además del tipo de relación con los

⁴² Se cuenta con la autorización escrita de la analista en formación para incluir este comentario en el presente escrito.

dos analistas previos (criticando el manejo del analista lacaniano). En este momento, el supervisado ofrece un sueño y el doctor Green hace un dibujo en la pizarra y una interpretación del sueño, que incluye una paradoja de la muerte del padre, lo excrementicio y la fantasía del deseo por el padre, en una concepción anal, al igual que el papel de la madre ausente, confusiones, sexualización del pensamiento. En la siguiente sesión, anota tres aspectos: dificultades del trabajo intelectual; cambiar la decoración en relación con el marido; y el miedo al avión. Luego plantea dos hipótesis: garantizar seguridad y reparar los daños causados por la destructividad.

Conclusión

El modelo de supervisión de A. Green, se ocupa principalmente de la paciente, da su punto de vista, su comprensión analítica, tanto en general como de algunas particularidades, es decir, un abordaje tanto macro como micro. Hace extensos comentarios teóricos, relacionados con el material clínico. No se ocupa de la conducción del análisis por parte del supervisado. Su modelo se puede encuadrar dentro de los no directivos, pues da su punto de vista y lo deja a consideración del supervisado, sin pretender adoctrinarlo. Este abordaje se diferencia de los modelos teóricos anteriormente resumidos, que invariablemente están centrados en la conducción y desempeño del analista tratante.

Referencias

- Faimberg H (2006) Escucha de la escucha. En *El telescopaje de generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tukett D. et. al. (2008) *Psychoanalysis comparable & incomparable*. Londres: Routledge.

Fecha de recepción: 18 de febrero, 2021

Contacto:
Eduardo Laverde Rubio
eduardolaverde1935@outlook.com