



04 - Transformaciones en nuestra práctica

Carlos D. Nemirovsky

Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires

RESUMEN

El autor plantea que nacemos y nos desarrollamos inmersos en una red de relaciones que son parte indisoluble de la construcción de la subjetividad. Señala que, revisar los contextos en los que estamos insertos -desde donde emergen nuestras teorías y procedimientos-, es fundamental para comprender la evolución de nuestra práctica clínica.

Este trabajo recorre brevemente tres caminos que, partiendo desde lo general a lo particular, explora algunos de los cambios contextuales ocurridos en las últimas décadas en Occidente, en especial en América Latina y se pregunta de qué manera estos cambios se vinculan con la práctica psicoanalítica contemporánea.

PALABRAS CLAVES: CONTEXTOS; CREENCIAS; TRANSFORMACIONES; LATINOAMÉRICA; PRÁCTICA.

04 - Transformaciones en nuestra práctica

Nacemos y nos desarrollamos inmersos en una red de relaciones que son parte indisoluble de la construcción de nuestra subjetividad. Revisar los contextos en los que estamos insertos, desde donde emergen nuestras teorías y procedimientos, es fundamental para comprender la evolución de nuestra práctica clínica.

En este trabajo recorreré brevemente tres caminos que, desde lo general a lo particular, se refieren a algunos cambios contextuales ocurridos en las últimas décadas en Occidente y particularmente en América Latina, planteando de qué manera estos cambios se vinculan con nuestra práctica psicoanalítica contemporánea.

A. Occidente: percepciones y teorías en transición.

B.

Estamos viviendo transformaciones culturales en rápida transición que, por momentos, sólo podemos contemplar atónitos y con asombro. No es posible asegurar si la aceleración de estos cambios nos sucede desde algún momento puntual de la mitad final del siglo XX, pero, seguramente, los movimientos de los años sesenta, la caída del muro de Berlín, el terrorismo, los desplazamientos y migraciones marcan, en muy corto tiempo, un nuevo mapa geopolítico y cultural.

En las últimas décadas, la transición opera en todos los terrenos de la acción humana y podemos constatarla en el paso de lo real a lo virtual y en las transformaciones de lo que era considerado seguro, en dudoso o indefinido. Nos hemos quedado sin centro y sin unidad; sin Objetividad y sin Verdad. Nuestro vivir está surcado por acontecimientos que nos desencajan y nuestros conocimientos, otrora construidos como un árbol bien plantado sobre la tierra, se han transformado en rizomáticos. De esta manera, hoy, lo que considerábamos profundo se encuentra extendido en la superficie y en constante movimiento. En cada manifestación de la

cultura podemos ver que emerge aquella certera afirmación del graffiti neoyorkino: “el futuro ya no es lo que era”.

Así como la literatura, las artes plásticas o el cine, el psicoanálisis es un producto de la cultura y se nutre de las características del medio que le da origen. Los momentos históricos van mutando. Sin embargo, muchos de nosotros aún seguimos aferrándonos a aquello que nos enseñaron décadas atrás, tal vez tratando de protegernos de la incertidumbre; aunque el resultado, a poco de andar, sea el de sentirnos extrañados o despersonalizados, -inclusive, hipócritas-, cuando intentamos forzar la comprensión de los fenómenos actuales con viejos esquemas cartesianos. Es así como nos contradecemos cuando tratamos de explicar nuestra participación más activa en un tratamiento y balbuceamos cuando intentamos comprender la conducta humana apelando a esquemas teóricos simples y contundentes -inapelables décadas atrás- como el principio de constancia o la agresión innata. Si tratamos de encajar a presión los novedosos fenómenos que van ocurriendo en nuestra clínica, nos sostendremos con firmeza en aquellas viejas creencias que nos permiten vivir con la ilusión de estar erectos. Pero, a costa de forzarnos para no caernos, nos tropezaremos a cada instante.

Sabemos que, a partir de nuestras teorías, vamos recortando nuestra percepción. Construimos nuestras observaciones a partir de las creencias en las que abrevamos. Si lo hacemos desde una sola perspectiva y le otorgamos nuestra venia de “verdadera”, estaremos dentro de la lógica del prejuicio, confirmando la idea de una única verdad.

Vivimos sumergidos en un universo contradictorio: Dios no creó el mundo como lo queremos ver (a partir de la perspectiva cónica de Brunelleschi, los hombres del Renacimiento creyeron ver, - ¡por fin! -, como era el mundo que Dios había creado). Deberíamos tratar de aprehenderlo desde los paradigmas de la complejidad y la paradoja. Desde hace algunos años Edgar Morin (1980) intenta que veamos a este mundo desde múltiples perspectivas, que nos permita salir de la simpleza que, en nombre de la razón, buscaba la explicación en la relación causa-efecto. La complejidad incluye los fenómenos del azar, de la indeterminación, del accidente, del acontecimiento. Nuestras teorías son siempre tardías respecto a los fenómenos que describen. Son epocales, responden al contexto social y cultural. Resultan entonces transitorias, cuando no efímeras. Estas teorías, a las que apelamos los psicoanalistas para poder comprender la realidad, respetan una geografía de origen -son regionales- y nacen de un entretrejo entre el contexto histórico con las series complementarias del autor. A su vez, la historia vital del autor se combina con su base empírica -sus experiencias observacionales, habitualmente clínicas- de las que parte para hipotetizar.

Con frecuencia las teorías que pergeñamos suelen ser reactivas a las que las precedieron. También son incompletas; no abarcan todas las dimensiones de lo humano y no pueden compararse entre sí dado que las categorías que describen y los objetos que cada una construye no encajan exactamente una y otra en categorías similares: son inconmensurables. Si observamos la evolución de los grupos de pertenencia teóricos en nuestras instituciones, es habitual que estén ligadas al poder.

Esta ligazón de las teorías al poder y el hecho de resultar de factores geográficos, históricos y propios de la vida personal de quien las enuncia, les otorga un sesgo muy diferente de aquellas que parten de las ciencias duras. Los numerosos factores determinantes construyen un objeto privilegiado que recorta la práctica del autor. En la actualidad, vemos con escasa frecuencia las históricas de Freud y no solemos encontrarnos con aquella crispación neurótica de fóbicos y obsesivos del siglo pasado. Aunque, si hoy nos detuviéramos en los historiales freudianos, recortaríamos aspectos seguramente diferentes de lo que subrayaba la clínica asentada en la metapsicología en boga en esa época. No podremos evitar que lo que hoy describimos con nuestros propios “microscopios”, varíe mucho más rápidamente en el futuro.

A riesgo de generalizar, en nuestra base empírica contemporánea es frecuente encontrarnos con pacientes próximos a la sexualidad compulsiva, alexitimicos, aburridos, vacíos, desvitalizados, dependientes del consumo, padecientes de depresiones vacías y más cerca del trauma por ausencia de figuras significativas acompañantes, que del clásico conflicto entre instancias psíquicas. Estas presencias cada vez más asiduas en nuestras consultas nos demanda reconsiderar y renovar herramientas clínicas y, al hacerlo, inevitablemente modificamos nuestras teorías. Los analistas, si todo anda bien, estaremos deconstruyéndonos y transformándonos todo el tiempo. Si nos enfermamos de sometimiento a lo que debe ser, a los que las antiguas teorías nos mandan ver y éstas (para tranquilidad de los profesionales y de los Institutos) funcionan como nuestro molde, estaremos muertos en vida. Recordemos que el legado más importante de Freud es la valentía con la que encaró la propia deconstrucción a lo largo de extensa su obra. Sus mutaciones son las que nos van mostrando cómo se avanza en nuestra disciplina y nos dicen mucho más que su textualidad.

En la medida en que se van generando cambios en la constitución de la subjetividad nos encontramos con más problemáticas surgidas de las necesidades no satisfechas (mutualidad, contacto, intimidad, continuidad, así como de sostén y espejamiento) que con las derivadas del deseo sexual infantil que desvelaba a Freud.

Necesitamos reinventarnos en el contacto con los pacientes de hoy, en medio de un contexto que no abarcamos y que también es transitorio y efímero. Contexto en el que las relaciones sociales y laborales se trastocan; los maestros, los profesionales- ideales de la sociedad de otrora- son ahora reemplazables cuando no descartables. A su vez, éstos tienen tanto miedo a mostrarse con sus propias dudas, que dejan el camino expedito a aventureros “exitosos” que toman el poder. Estos fenómenos ocurren en los ámbitos políticos, educacionales, en los medios de comunicación y en los diversos estratos de la organización social.

Por otro lado, los terrenos que nos daban seguridad se han tornado movedizos: se puede cambiar de sexo o de nombre sin mucho preámbulo mientras la sociedad se debate configurando nuevas leyes, mucho tiempo después de que estos fenómenos ocurren. Quizá nuestro riesgo mayor sea el prejuicio, aunque también corramos el riesgo de intentar una comprensión “express”, de fenómenos que son complejos (travestismo, delincuencia juvenil, drogadicción, entre otros). Quizá sea mejor no opinar por un tiempo, a pesar de la presión a la que nos someten los medios. Ya opinamos demasiado respecto a la homosexualidad describiéndola como perversión y no nos fue muy bien.

No podemos pensar que las familias de hoy (centrífugas, ensambladas, monoparentales, etc.) darán lugar a una formación de subjetividad similar a la familia nuclear del romanticismo, cuando el joven Freud generara sus teorías. El modelo de Freud repensando sus propias teorías, nos puede guiar en la ardua tarea de soportar la incertidumbre. Pero no podemos, hoy, operar con la metapsicología de comienzos del siglo XX. La clínica diaria nos presiona para crear nuestras propias conceptualizaciones y nuestras propias figuras retóricas que serán también epocales, efímeras, reactivas y geográficas como lo planteábamos para las teorías en general.

Las metáforas hacen a la comprensión y a la formulación de las explicaciones y recortan un universo de modo que palabras como “aparato” psíquico, catexis, libido, dejan de ser comunes en nuestro léxico, ya que no son útiles para dar cuenta del sujeto contemporáneo, discontinuo y fragmentado. Asimismo, en el campo de la transmisión de nuestra disciplina ocurre algo semejante: le llamamos *seminarios* a nuestras reuniones, cuando podrían ser talleres de exploración o de opinión que facilitara la discusión a partir de variados textos y de nuestras clínicas, que se alejen de todo adoctrinamiento y propongan un modelo crítico de

pensamiento. También llamamos *claustrós* a los estamentos en que nos dividimos por estatus societario.

Dejamos planteada una pregunta para poder seguir discutiendo: ¿Por qué aún utilizamos léxicos tan alejados de nuestra práctica?

B. América Latina.

¿Existe una práctica psicoanalítica propiamente latinoamericana? Con esta pregunta el PPL¹ abrió un debate entre analistas latinoamericanos en 2016. Además, nos invitó a pensar si la clínica latinoamericana posee alguna especificidad y si podemos distinguir lo latinoamericano como un eje que atraviese la clínica, la teoría, la institución, la transmisión y la práctica.

A partir de allí me pregunto si tiene tanto peso nuestra identidad geográfica, -la forma en que nos vamos transformando y construyendo como sociedad, lo que generamos en los aspectos sociales, económicos, culturales-, en nuestro devenir como psicoanalistas latinoamericanos. Creo que la geografía es una contribución a nuestra historia, una de las numerosas series complementarias de los latinoamericanos.

Sin embargo, aún con el riesgo de homogeneización y de llegar a categorías tan amplias que pierdan su especificidad y no nos representen, no podemos desconocer cómo viven nuestros consultantes y tampoco ignorar nuestra propia forma de vida como analistas. Este riesgo es mínimo en relación con el beneficio que obtendríamos si pudiéramos generar algo así como un mapa que señale algunos patrones comunes. Es muy probable que esta marcación no coincida con límites geográficos, pero seguramente se va a construir a partir de fronteras que agrupen coincidencias sociales y culturales. Quizá sea esta una falacia, pero vale la pena aceptar el desafío.

Es probable que antes de los años sesenta a nadie se le hubiese ocurrido la existencia de una impronta regional referida a -lo que hasta ese momento- se consideraba una ciencia. Creo que esto obedeció a que ¡siempre miramos a Europa! Nuestros maestros locales abrevaron en la fuente original. Así fue como Freud, Klein, Winnicott y más tarde Lacan “fundaron” el psicoanálisis en Latinoamérica; y aquí tratamos de hacerlo tal cual, como ellos lo proponían².

¹ Pensamiento Psicoanalítico Latinoamericano (PPL Web) es una plataforma de FEPAL que pretende reflexionar y posicionar la producción científica latinoamericana entre la diversidad de modelos que nutren al psicoanálisis internacional. www.fepal.org

² Después de permanecer más de 50 años en América, Freud, Klein, Winnicott o Lacan ¿son los mismos que dejaron Europa? Por cierto, que no; porque las condiciones culturales imponen sus cambiantes patrones, que difieren de los países que los vieron nacer.

La historia de nuestro oficio parte de un centro (Viena, Londres, París). Cuando se aleja hacia la periferia ocurren fenómenos novedosos. Y más, cuando cruza los océanos. Allí, la afortunada expansión del psicoanálisis se entrecruza con factores diversos. Un fenómeno único es el que se inaugura en Lanús, Argentina, con Mauricio Goldenberg: en el ámbito hospitalario practicábamos un mix de psicoanálisis, psicoterapias diversas, psiquiatría e ingredientes de antipsiquiatría y considerábamos que esta práctica, sobre la que intentábamos teorizar caracterizaba a “nuestra identidad”. La dictadura en 1976 impidió la continuidad del proyecto.

Durante las dictaduras latinoamericanas el psicoanálisis fue considerado un enemigo y aunque no desapareció, muchos modificamos nuestras prácticas dejando de atender grupos. Analistas y pacientes teníamos miedo, muchos de nuestros pacientes eran militantes o estaban cercanos a ideas proscriptas por la dictadura, así como muchos analistas desaparecieron o se exiliaron.

No nos conquistaron simultáneamente: lo hicieron por turno, los centroeuropeos reinaron casi solitarios durante dos décadas y luego desembarcaron “ingleses” y más tarde los “franceses”. Entraron por nuestro cono sur, principalmente desde el Atlántico y algunos por el Pacífico. Las nuevas ideas fascinaron a nuestra burguesía e impregnaron muy rápidamente diferentes ámbitos de la cultura. El psicoanálisis, por sus logros, comenzó a difundirse exitosamente, pero, además, sufrió el fenómeno de la moda. Hablaban de él diarios y revistas, teatros y tertulias. Poco a poco, se fue extendiendo hacia el norte. Recién en los años sesenta, comenzamos a delinear un perfil propio que sigue aún en desarrollo, incorporando cambios permanentemente. Los rioplatenses E. Pichon Riviere, M. y W. Baranger, D. Bleger, D. Liberman, H. Etchegoyen y el chileno I. Matte Blanco han impulsado desde el Cono Sur de nuestra América ideas nuevas, que inicialmente aparecen como tímidas mixturas europeas y locales, pero que poco a poco toman las formas de nuestras geografías.

América Latina no es copia del Viejo Continente europeo. En nuestras sociedades, el psicoanálisis tuvo que convivir y se fue transformando, mezclado con expresiones culturales autóctonas, luchando por incorporarse a la universidad y a los hospitales, movilizándose e interpenetrándose con expresiones políticas y con movimientos sociales.

Las diferencias entre la Viena de Freud y los conglomerados urbanos de Latinoamérica las podemos reconocer en la historia, la lengua, la organización social, tan cambiante en nuestros medios. En Latinoamérica los paradigmas sociales, políticos y económicos son intensos e inestables, fuertes y a la vez efímeros. Como consecuencia, hoy día, preguntarnos quiénes somos los analistas latinoamericanos, no sólo es pertinente, sino que resulta una necesidad para que el juego de las respuestas posibles nos lleve al menos a algunas hipótesis que nos permitan ir delineando nuestra propia identidad, que inevitablemente estará siempre en transición. Pensar el psicoanálisis desde nuestro continente no es una reivindicación indigenista. Interrogarnos acerca de nuestra identidad no supone renegar del conocimiento que se generó en Centroeuropa y unas décadas después llegó a Latinoamérica. Es tratar de comprender cómo resultamos -cómo pensamos y hacemos- los analistas latinoamericanos. Pero, aclaro que tengo cierto pesimismo dada nuestra heterogeneidad, resultado del crecimiento constante del número de analistas IPA y no IPA, con muy diversa formación y también por la enorme diversidad de instituciones con las más variadas pertenencias ideológicas.

La ciencia se resiste al localismo, no así nuestra disciplina. La historia y nuestra actual posmodernidad subrayan fenómenos cada vez más regionales, aun cuando el fenómeno global, que abarca las grandes ciudades sin distinción de continente, sea tan fuerte. Señalaré algunas características que a mi criterio son singulares de nuestra región: desde América Latina -especialmente desde el Cono Sur con excepción de Chile-, como señalamos, hemos mirado a Europa y no a Norteamérica³ ¿Esto significa que practicamos el psicoanálisis como los europeos? Creo que no. Gradualmente vamos cambiando lo que inicialmente importamos. Lo vamos transformando al ritmo de nuestras dictaduras, de las enormes crisis económicas y de las características propias de nuestros pacientes. Crece desde hospitales y universidades y aparecen nuevas propuestas que van delineando diferentes prácticas.

³ El psicoanálisis norteamericano adquiere un desarrollo propio, pero (por prejuicios ideológicos nuestros con respecto al país del norte) sólo alcanza a influir mínimamente en nuestro medio. Comienza a tener un peso muy limitado a partir de los desarrollos posteriores a la Psicología del Yo, a través de los textos de H. Kohut, recién a partir de los años ochenta y, actualmente, es novedosa la llegada también muy acotada de la corriente relacional e intersubjetiva.

Psicoanálisis, psicoterapia, terapias breves, grupales y familiares, reinan las discusiones de los años ochenta y noventa. Posteriormente, el psicoanálisis se atreve a intercambiar ideas, ya con menos miedo, con cognitivos, neurocientistas y biólogos.

Hoy, no trabajamos tres o cuatro veces por semana ni con los altos honorarios de los años setenta y aún de los ochenta. Se va desterrando la idea tan popular otrora, de que los latinoamericanos comenzábamos el análisis de un paciente cuando nuestros colegas europeos lo finalizaban. Los consultantes de este siglo que comienza no lo hacen por cuestiones triviales y son escasos esos pacientes que más nos atraen a los analistas, que son los que intentan encontrar en el análisis un ámbito reflexivo. La mayoría nos consulta por depresión (no necesariamente reactiva, sino por esa depresión sin culpa, vacía, casi un sinsentido) por pánico, por trastornos somáticos, por violencia asociada al género o por trastornos de adaptación a su trabajo o estudio.

Retomando: ¿Qué es lo específico de la clínica psicoanalítica latinoamericana? ¿Es posible pensar lo latinoamericano como un eje que atraviese la clínica, la teoría, la institución, la transmisión y la práctica? Estas ambiciosas preguntas sólo podremos responderlas en un profundo y prolongado intercambio entre colegas y sin duda es el ámbito de FEPAL el adecuado para posibilitar esta tarea.

Hoy en nuestra América Latina, gran parte de los pacientes intenta atenderse con mejor o peor suerte en los hospitales públicos; otro importante número de consultantes tiene coberturas por seguros de salud o sistemas prepagos. Muchos de estos sistemas limitan los alcances del tratamiento a un número acotado de sesiones, favoreciendo indirectamente el uso de medicación. Dentro de esta limitación, y a pesar de ella, pareciera que, cada vez más, nuestros tratamientos no son “standard”; tendemos a confeccionarlos “a medida”, reconociendo que cada encuentro es “el” encuentro singular, como lo es cada paciente. Esto no deja de ser una ventaja. También podrían ser ventajosas las adaptaciones que los analistas vamos haciendo respecto a los encuadres, en la medida en que consideramos el que nos parece el mejor, o al menos el posible, para el momento del tratamiento de determinado paciente. Tendríamos que preguntarnos si atender pacientes sin cobertura de salud no es lo mismo que ser analista en USA. Trabajar en un hospital, o aún en un consultorio, en Latinoamérica no es similar a hacerlo en Europa. Los analistas estamos insertos en un amplio espectro económico-social; desde profesionales independientes hasta colegas que resultan empleados mal pagos de un seguro de salud que a menudo deben recurrir a otras fuentes de ingreso. No se trata de establecer categorías ni únicos pensamientos, sino de describir las condiciones en las que encontramos a nuestros pacientes y a nuestros colegas. Muchos de nuestros pacientes y, por qué no, algunos de nuestros profesionales, no pueden acceder a un blazer y, otros, apenas a un poncho.

Uno de los problemas a pensar con urgencia en las instituciones es el de la transmisión del psicoanálisis: los jóvenes colegas reciben pacientes a los que ven con menor frecuencia y en peores condiciones que los analistas senior. Esto abre una diferencia enorme. Los más experimentados podemos estar transmitiendo una enseñanza que no es aplicable a la práctica de los jóvenes. Corremos el riesgo de estar enseñando una lengua muerta, muy interesante, pero, impracticable. Las condiciones de las prácticas son un desafío para los más experimentados: deben tratar de conservar la vigencia del psicoanálisis aún en un medio que intenta, condenarlo a la extinción, de diversas maneras.⁴

⁴ Rafael Paz (2013) señala la “...tenacidad de cristalizaciones semánticas, como resultante de inercias culturales y hegemonías ideológicas poderosas [...] Se trata de capas y capas de significaciones que perduran como cemento inapercibido de la existencia y entrelazan sus valores y vigencias con los preconscientes individuales, generando “lo natural” de estereotipos perceptuales.

Nuestros elementos comunes difieren según los países, es cierto, pero estamos más cerca de una práctica común dentro de las fronteras de Latinoamérica que si nos comparáramos con otras regiones más desarrolladas o más antiguas. No tenemos estadísticas; nos las debemos.

C. Nuestra práctica psicoanalítica local.⁵

Trataré de profundizar en tres tópicos que he esbozado previamente: nuestra práctica, nuestra identidad profesional y la transmisión del psicoanálisis.

Las ideas al respecto de estas cuestiones no son homogéneas.

Hace casi 30 años Wallerstein, R. (1988) se preguntaba: ¿Un psicoanálisis o muchos? Aún nos inquieta intentar responder a esta pregunta. Creo que hay tantos análisis como analistas. Pero ¿qué tenemos en común los analistas? Ensayo respondiendo que, más allá de la filiación común con el fundador de nuestra disciplina (por cierto, tan diversamente interpretado) y por ende el reconocimiento de los aspectos inconcientes que nos gobiernan, es probable que lo ético en nuestro trabajo sea uno de los denominadores comunes entre nosotros.

Me planteo que quizá lo que hoy resulte unificador sean las características que configuran nuestra clínica. Probablemente todos nosotros reconozcamos una demanda con predominio de pacientes que padecen disociaciones, ante las cuales nos encontramos con escasas herramientas para afrontarlas. (Nemirovsky, C., 2001, 2007, 2009, 2016).

¿Podemos caracterizar psicopatológicamente a quiénes demandan nuestra atención hoy día, o debemos conformarnos con denominarlos genéricamente pacientes complejos, graves, de difícil acceso? A estos pacientes: ¿qué respuestas le damos, ¿qué obtienen de nosotros?

Respecto al primer interrogante referido al diagnóstico, es poco probable que nos encontremos con neurosis en nuestras consultas. Creo que es habitual que nos encontremos con no-neurosis. Es muy probable que las no-neurosis y no-psicosis constituyan el grueso de los pacientes.

No conviene que agreguemos al cajón de sastre “borderline” todo lo que encontremos como no-neurosis no-psicosis.

Nuestros pacientes actuales habitualmente nos visitan una vez por semana: son tratamientos que en general –y culposamente- denominamos como “psicoterapia psicoanalítica” y una de las cuestiones a discutir es si consideramos psicoanálisis a estos tratamientos.

Comenzado ya el tratamiento muchos de nosotros utilizamos el diván sólo en un porcentaje menor de los casos, según puedo corroborarlo entre mis colegas amigos y solemos tener terceros como invitados obligados (obras sociales, prepagas, entes impositivos).

El encuadre, recordemos, suele ser negociado entre ambos participantes.

Hasta aquí tenemos mucho para discutir: qué es psicoanálisis y qué no, así como la taxonomía psicopatológica y nuestras herramientas.

Vuelvo a la segunda pregunta que planteaba: ¿Qué respuestas les damos? Trataré de describir, sin juzgar, lo que nos pasa (o lo que interpreto que nos pasa a muchos de nosotros).

⁵ Basado en el trabajo Nuestra práctica psicoanalítica, publicado en la Revista de Psicoanálisis de Lima, 2013.

El resultado de la suma de los pacientes complejos más la baja frecuencia, nos induce a ocuparnos más de la continencia que del esclarecimiento: queramos o no, seleccionamos aspectos deficitarios de nuestros pacientes ocupándonos de estas cuestiones y dejamos para momentos posteriores los derivados del conflicto, del deseo.

La menor frecuencia hace que generemos una tendencia a la simetrización del vínculo e intensifiquemos nuestros esfuerzos empáticos.

Dadas las características predominantes de los consultantes actuales (frágilmente constituidos, con baluartes defensivos, con hiperkinesia encubridora de depresión vacía, acuciados por sentimientos de extrañeza, de perplejidad, de irrealidad, de sentirse vacíos o inexistentes) nos centraremos legítimamente en que el paciente se “arme” conteniendo su propia vulnerabilidad, así como en que diferencie síntomas físicos de emociones, que distinga dolor de angustia, que sepa de su existencia encarnada en su cuerpo, que se sienta hablado y mirado por nosotros quizá, por primera vez en su vida.

Es decir, la situación que nos complicaba hace unos años se ha invertido y en pacientes con patología mixta (conflicto y déficit) es posible que no demos lugar al desarrollo de la neurosis de transferencia apremiados por los déficits a restaurar.

La discusión en este punto puede ser más amplia si incluimos en detalle lo que percibimos qué hacemos con el paciente y cómo lo hacemos, es decir, con qué herramientas procedemos: interpretación, llenado de lagunas mnésicas, construcción, intervenciones empáticas, intervenciones afirmativas, enactment, autodevelación.

Con respecto a la tercera pregunta que se engarza a la segunda: sobre cómo transmitir a los colegas la realidad de nuestra práctica, Jiménez, J. P. (2009) plantea que no se pueden estudiar las convergencias y divergencias en la clínica psicoanalítica sin saber de manera confiable lo que los psicoanalistas realmente hacen en la intimidad de su práctica y propone estudiarla en sus propios méritos.

Estas ideas están en concordancia con el interés de los *working party* que han hecho su aparición en la última década en los congresos internacionales psicoanalíticos y es quizá el intento que más se aproxima a considerar el quehacer en nuestros consultorios.

Muchos de nuestros procederes no alcanzan a explicitarse por distintas razones: por un lado, no resultan visibles a nuestra propia conciencia; por otro lado, cuando podemos asirlas, solemos carecer de conceptos que los abarquen y expliquen. Por último, quizá lo que más nos pesa, se nos impone el temor a resultar herejes en nuestra propia profesión (lo confirmamos cuando sentimos alivio, al encontrarnos con colegas con los que podemos compartir experiencias que no podemos conceptualizar y que son similares a las nuestras).

Como dice Greenberg, J. “Por ahora, estamos muy lejos de saber exactamente qué es aquello de la relación analítica que contribuye a sus efectos terapéuticos”. (2009, Pág. 201).

En mi opinión, sabemos bastante bien aquello que no debemos hacer para conservar un campo de trabajo que nos posibilite pensar, pero 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? Es una incógnita que está lejos de resolverse, aunque en nuestra disciplina haya una afortunada tendencia en las últimas décadas a centrarnos en nuestra práctica, sin los prejuicios respecto a aquello que debemos hacer y aquello que no, de acuerdo con las teorías que tengamos en nuestro *background*. (Nemirovsky, C., 1993, 2003, 2007, 2011)

Al menos, por ahora, no deja de ser una ilusión que podamos transmitir lo que realmente sucede en nuestra práctica como desearíamos.

Trabajando, muchos de nuestros gestos son espontáneos -en un sentido conceptual semejante al que Winnicott, D., (1958,1960) plantea siendo imposible o muy limitado nuestro registro de los mismos. Nuestros gestos ni siquiera tienen una estructuración simbólica que permita un almacenamiento interpretable dentro de nosotros. Estos gestos están básicamente ligados a nuestra acción, no en el sentido del *agieren* freudiano pero si cercanos a nuestras emociones y, seguramente, lejos de nuestro intelecto.

Vamos procediendo con el paciente y observamos, observamos y procedemos, construimos nuestro objeto de observación, lo describimos, interviene el paciente, confirmamos, intervenimos intentando delimitar mejor el objeto construido, rectificamos, describimos, el paciente interviene, y así vamos configurando lo que intentamos conocer, a partir de nuestra empatía, de nuestras emociones, de nuestras identificaciones con las vivencias del paciente, de nuestra imaginación y de nuestra capacidad de vivenciar, que suele ser variable. Vamos armando entre los dos el objeto que queremos delinear, describir, para que el paciente y nosotros mismos lo percibamos. (Lancelle. G., y col., 1984).

Por otro lado, por lo que vamos aprendiendo, nuestros pacientes valoran nuestra participación emocional y especialmente nuestra espontaneidad que se ejerce dentro del espacio de juego, del espacio que vamos creando con el paciente en sesión.

Más allá de nuestra preocupación por “hallar la verdad”, “esclarecer” o “curar”, (objetivos que seguramente nos interesan en términos del proceso que vamos transitando) vamos armando, construyendo entre ambos integrantes de la pareja terapéutica intervenciones sucesivas, que intentan acercarse a las vivencias de quien nos consulta y que tratan de abarcarla, dando rodeos metafóricos.

Hasta allí llegamos. Esto es todo. Esto es nada menos que una nueva experiencia vincular que tenemos para ofrecerle al paciente (un espacio de vínculo emocional intenso y la posibilidad de reflexión alrededor de esta experiencia). Así, recomenzamos con nuevas preguntas ¿Se puede pedir más? ¿Podemos más?

Además, ¿Podemos transmitir mejor lo que pasó en una sesión a los colegas? ¿Cómo recortamos lo que transmitimos para encontrarnos con aquello que verdaderamente hacemos?

A pesar de nuestro intento de dissociarnos para posibilitar la observación, lo que acontece en sesión se nos escapa, es inefable, como lo son los fenómenos humanos más profundos⁶ como el amor o la amistad. Trabajar en pequeños grupos (*warking parties*, talleres) es un intento de crear un clima adecuado para poder pensar, transmitir y recibir las interacciones del complejo vínculo analítico con nuestros colegas, sin dejar de tener en cuenta que choca con nuestros propios límites. Los diferentes lenguajes con que los analistas teorizamos nuestra práctica, es uno de los límites más importantes, aunque quizá la llamada Babel del psicoanálisis no sea una cuestión insalvable. Ya es inevitable que cada escuela hable en su idioma, que no es diferente a

⁶ White, H. (2011) señala que el discurso literal resulta indecible para los extremos de la experiencia humana.

lo que sucede con cada nación. La cuestión es si cada uno intenta realmente comunicarse con el colega, tratando de explicitar los conceptos que construye con las reglas de su lenguaje.⁷ Debemos admitir que la nuestra no es una disciplina científica en sentido tradicional. Entonces ¿por qué pedirle que se ajuste a los métodos tradicionales de investigación? Asumamos que no podemos armar lo que va sucediendo en sesión a pesar de instalar sofisticados métodos de registro. No podemos; entonces, no nos desesperemos para hacerlo y para que nos crean.

Freud hace unos cien años se planteaba “Si no existe ninguna certificación objetiva del psicoanálisis ni posibilidad alguna de hacer demostración pública de él, ¿cómo se puede aprenderlo y convencerse de la verdad de sus aseveraciones?” (Freud, 1915-1916, Pág. 16). Esta pregunta no está lejos de las que formulamos en la actualidad. No la hemos contestado sino muy parcialmente, sin embargo, tratamos a muchos pacientes y los hemos beneficiado. Tampoco creo necesario preocuparnos por pronósticos agoreros en lo que respecta a la sobrevivencia del psicoanálisis. Ya habían sido anunciados desde los albores del siglo XX. A pesar de ello, el psicoanálisis crece, se desarrolla y se transforma. Cada encuentro, congreso o jornada da muestras de ello. Es cierto que debemos tener la modestia suficiente para entender que no sabemos aún con certeza cómo nuestros pacientes se han beneficiado. No nos avergoncemos ni lo ocultemos, sigamos planteándonos hipótesis y no corramos a contestarlas.

El trayecto de estos más de cien años y el tiempo que vendrá nos posibilita interrogarnos tranquilos.

Bibliografía

Avenburg, R. (2012) Comunicación personal.

Freud, S. (1915/16) tomo XV. Conferencias de Introducción al Psicoanálisis 1915-1916. Parte I y II. Los actos fallidos. Amorrortu Ed. Buenos Aires, Pag., 16.

Greenberg, J. (2009) Objetivos psicoanalíticos, acción terapéutica y tensión del analista. Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis, n.13,193-220.

Jiménez, J.P. (2009) Pluralidad teórica y pluralismo en la práctica psicoanalítica. Libro Anual de Psicoanálisis, XXIV, 133-149

Lancelle, G., Lerner, H., Nemirovsky, C., Ortiz Frágola A., (1984), Identificaciones propias e impropias en el psicoanalizar. Antecedentes de una Investigación Clínica. Presentado en el XXXIV Congreso Internacional de Psicoanálisis, Hamburgo, 1985. Publicado en Revista Psicoanálisis Apdeba, Vol. XII . nº 1. Buenos Aires 1990.
Morin, E. (1980) *El método*. Ed. Cátedra S.A. 1993, Madrid.

Nemirovsky, C. (1993) ¿Otros analistas, otros pacientes? Reflexiones acerca Del psicoanálisis actual. Actas, XXVIII IPA Congress, Amsterdam.

----- (2001) Las perspectivas de Winnicott y de Kohut en el psicoanálisis [on line] Rev. Virtual de Psicoanálisis Aperturas. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=149&a=Las-perspectivas-de-Winnicott-y-de-Kohut-en-el-psicoanalisis>. N. 7, marzo 2001. Publicado en Psicoanálisis, Apdeba, Vol. XXIV, n. 3, pag. 501-520, 2002.

----- (2003) Encuadre, salud e interpretación. Reflexiones alrededor de conceptos de D. W. Winnicott, Rev. Virtual de Psicoanálisis Aperturas. www.aperturas.org n. 13 Marzo 2003. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000233&a=Encuadre-salud-e-interpretacion-Reflexiones-alrededor-de-conceptos-de-DWWinnicott>.

⁷ Babel invertida la llama Avenburg, R (2012) dado que analistas con diferentes concepciones utilizamos iguales términos, aunque con muy diferentes significados.

Publicado con modificaciones en *Winnicott Hoy. Su presencia en la clínica actual*. Comp. Por A. Liberman y A. Abello, Ed. Psimática, Madrid, 2008.

Publicado con modificaciones en *Psicoanálisis ApdeBA*, Vol. XXVI, n. 1, 2004.

----- (2007) Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría. La intersubjetividad y los trastornos complejos. Editorial Grama, Buenos Aires.

<https://www.bajalibros.com/AR/Winnicott-y-Kohut-La-intersubjetividad-y-los-trastornos-complejos-Carlos-Nemirovsky-eBook-1269461>

----- (2009) El psicoanalista tratando a un paciente grave. *Psicoanálisis*.

Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Vol. XXXI, n. 1, 129-152.

----- (2011) La signorina che faceva Hara-Kiri e altri saggi (chapter). Comp. F. Borgogno, Italy (2011). (The young lady committing hara-kiri and other essays), Karnak, (2013).

----- (2013) Cuestiones de la práctica actual del psicoanálisis. *Revista Psicoanálisis* N° 11, Lima, Perú, 2013. 63-74.

----- (2016) Cambios en el analista. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 78, 2016.

Paz, R. (2013) Realidades y ficción en la clínica psicoanalítica. Trabajo Prepublicado para el Congreso de FEPAL, 2014, Buenos Aires. Recuperado de http://www.congreso2014.fepal.org/es/descargas/PROGRAMA/TRABAJOS_PREPUBLICADOS/trabajo_paz.pdf

Wallerstein, R. (1988). One Psychoanalysis or many? *Int. J. of Psycho.* Vol. 69.

Winnicott, D. (1958) "La capacidad para estar solo". En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1993, pag.36.

----- (1960) La teoría de la relación progenitores-infante. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Ed. Paidós, Bs. As., 1993, pág. 50.

White, H. (2011) *Ficción histórica, historia ficcional y realidad histórica*. Prometeo Ed., Buenos Aires.

Agradezco a las licenciadas Luisa Irene Acrich y María Alejandra Rey la valiosa lectura crítica del borrador de este trabajo.