

TÉCNICAS PRIVADAS. ENSAYO ACERCA DE NUESTRA PRAXIS¹

Roberto Scerpella Robinson*

La enseñanza de la técnica psicoanalítica es un asunto complejo. Estudiar los textos de técnica no es suficiente; analizarse y supervisarse son imprescindibles. Sin embargo, tener capacidad analítica es algo que preexiste a nuestro entrenamiento. Ninguna formación psicoanalítica puede garantizar que eso que hemos llamado función analítica pueda crearse. La Función Analítica no es ningún atributo mental propio de nosotros los psicoanalistas.... Es una función natural de la mente humana.

El aprendizaje de nuestra técnica se engarza sobre una trama personal construida en la primera infancia. Si bien la identificación con nuestro analista, no sólo con la función analítica, es esencial, como lo plantea lúcidamente D. Meltzer (1990), lo es también en el tiempo que nos des-identifiquemos del mismo para encontrar nuestra propia amalgama creativa entre nuestro marco teórico y nuestra técnica, y digo *nuestra* de manera intencional.

Como artesanos que somos, estamos en las antípodas de la fabricación en serie. La subjetividad atraviesa nuestra técnica, o mejor dicho nuestra técnica se colorea en nuestra individualidad. Jamás el más talentoso de los ceramistas transmitirá una técnica a su hijo aprendiz que determine que ambos produzcan una obra absolutamente indistinguible una de la otra. Como analistas podemos repetir de memoria alguno de los manuales que al respecto se han escrito, pero cuando lo aplicamos en la soledad de nuestro consultorio la técnica cobra vida y originalidad según sea el analista que la practique.

La técnica psicoanalítica no debe ser ni fría ni monótona, ni mecánica ni efectista. Es más plástica y versátil de lo que solemos creer, porque es un proce-

1. Trabajo presentado en XI Congreso Argentino de Psicoanálisis *Textos, contextos y texturas. Escenarios del Psicoanálisis*. Mayo 2018. Córdoba, Argentina.

* Psicoanalista en función didáctica de adultos, niños y adolescentes. Presidente de la Federación Psicoanalítica de América Latina –FEPAL.
robertoscerpella@gmail.com

dimiento utilizado por una persona con toda su individualidad desplegada en una intimidad única, única en cada sesión, única con cada paciente.

El único marco que hace distinguible que el Análisis sea Análisis es la autenticidad y la ética de quien ejerce el oficio, marco que incluye la convicción de que el ser humano carece de una visión integrada de sí mismo, es decir, que se conoce y se desconoce en forma simultánea. Estos dos elementos sumados al irrestricto respeto por la alteridad e intimidad de nuestros pacientes posibilitan que se produzca lo singular de nuestro oficio y lo que nos diferencia de manera radical de otras aproximaciones psicoterapéuticas. Ese algo son esos mágicos y magníficos cinco minutos de eternidad donde algo en la mente del paciente y del analista se transforma, vía la generación de nuevos significados, en un contexto de sorpresa e introspección, gracias a nuestra principal herramienta, la interpretación. No se trata de Saber que le pasa a nuestro paciente. Se trata de que ambos miembros de la pareja analítica sean capaces de sorprenderse en la construcción de nuevas narrativas que permitan al paciente desafiar sus estructuras patológicas. En última instancia, es este movimiento el que legitima el esfuerzo de nuestro trabajo en conjunción con el trabajo y la sanidad de nuestro paciente. Esta es la sabiduría del análisis y es lo que hace que aún podamos reconocer un material como analítico. Este es el encuadre que sostiene el encuadre analítico, y estas características se enseñan y no se enseñan, se internalizan desde que nacemos y por eso no hay ningún Instituto que pueda garantizar su desarrollo.

De otro lado, las teorías pueden ser compartidas, discutidas, rebatidas, descalificadas, confrontadas, modificadas, enriquecidas, ampliadas; se pueden mover en la lógica del olvido, en la lógica de la falta o en la lógica del crecimiento. Sin embargo, eso no determina que cuando observamos un material clínico de un analista de otra cantera teórica no reconozcamos que estamos frente a un material psicoanalítico, a cuando podamos detectar alguna impericia. Donde no nos reconocemos es en la impostación, la manipulación, la in-autenticidad, en la utilización, en el sometimiento, en la seducción, en la manipulación, en la actuación transgresora, en la ingenuidad, el autoritarismo, en la debilidad, en la complicidad, en el exhibicionismo, en la omnipotencia y en la soberbia. Esto implica desconocer el aporte fundamental que debe de hacer el paciente en el proceso analítico. De allí que debemos respetar e integrar su sabiduría, su colaboración, su responsabilidad, su autoconocimiento que soporta su auto-desconocimiento. Algo que me gustaría remarcar es que como psicoanalistas debemos aceptar que no estamos solos en el consultorio. En forma extrema, cabría afirmar que algunos pacientes podrían muy bien ejercer un efecto psicoterapéutico sobre nosotros sus analistas.

Nuestra técnica, simple y sencilla en sus principios, deja un amplio margen de maniobra en cuanto al producto final, la interpretación, de allí que frente a un mismo material diferentes analistas engendren los más diversos contenidos,

y esto es así por que cada analista enfrenta el material del paciente desde su subjetividad, desde su particular historia, desde su privado mundo de ensueños, desde la pasión secreta de sus emociones, desde su vulnerabilidad, desde sus fortalezas y también desde sus preferencias teóricas. Personalidad y técnica están amalgamadas en un sincretismo único. No hay técnica pura, como si la hay para edificar una casa o para poner a punto un motor. La persona del analista es la técnica, la persona del analista es su mejor instrumento, por que trabajará con aquello que disuene en su mente, tenga la intensidad que tenga, porque el pensamiento —y la interpretación es un pensamiento— constituye la digestión de la emoción, de la valencia que esta sea.

En las horas de horas que pasamos con un paciente suceden más cosas de las que podemos dar cuenta a través de nuestros escritos, que, como dicen algunos psicoanalistas, son siempre de naturaleza autobiográfica. Muchos trabajos con pacientes llamados difíciles han llevado a pensar que nuestras intervenciones se salen de los cánones clásicos de la interpretación, hablando incluso más de edición que de re-edición para puntualizar la necesidad de crear nuevas condiciones vinculares para el paciente. Sin embargo, pocas veces se ponen ejemplos de lo que eso significa de manera concreta. Carlos Nemiroski (2018) piensa que sentimos vergüenza de exponer en público eso que hacemos y que no se encuadra dentro de los ideales asfixiantes de nuestra técnica clásica.

Releyendo hace poco el imprescindible manual de técnica de H. Racker (1960), encontré que refiriéndose al espinoso tema de la neutralidad decía que él a veces se permitía pequeñas actuaciones con sus pacientes, aunque lamentablemente, tampoco ofrece ejemplos para graficar esas pequeñeces. Pienso que si pudiéramos registrar todo un proceso analítico descubriríamos que cada analista tiene una serie de procedimientos, actitudes, comunicaciones no verbales, entonaciones de voz, es decir, la forma en que se musicaliza nuestras intervenciones, nuestros silencios, que también son musicalizados, los temas que relevamos, los que omitimos, etcétera, absolutamente ideosincráticos y que dependen de nuestra particular estructura mental. Por eso es que la sesión recordada o transcrita nunca será igual a una sesión grabada; la narrativa está determinada por creencias inconscientes de lo que es significativo elaborar con un paciente y esta tendencia actúa en nosotros al margen de nuestra conciencia y de nuestra voluntad. Cada analista tendrá su propia forma de tramitar lo que va a decir, cómo lo va a decir y el momento oportuno para decirlo. Es más, podrá estar convencido de actuar y fantasear de determinada manera con cada paciente en particular, porque cada relación analítica es única. Traten de recobrar memorias significativas de sus propios procesos analíticos. No me extrañaría que muchos de ellos poco tendrán que ver con lo que normalmente encontramos en los manuales más reconocidos de técnica psicoanalítica.

Quisiera mostrar una experiencia personal en donde de manera espontánea me vi cometiendo lo que alguien podría denominar una actuación contratransferencial. Esta ocurrió en el contexto de un tratamiento analítico con un adulto joven con quien veníamos trabajando sus dificultades para establecer una relación con una mujer de la cual pudiera enamorarse. Sus asociaciones se centraban sobre todo en su miedo al rechazo y a su necesidad obsesiva de asegurar cuál sería el resultado final de sus tentativas. El trabajo analítico permitió acercarnos a sus angustias relacionadas a su relación con su padre, hombre distante y ansioso, frente al que permanentemente se sentía disminuido y condenado a permanecer en un rol de niño. Sus angustias de castración, exclusión y celos se expresaron en sueños en los cuales, por las más diversas circunstancias, le resultaba imposible concretar y culminar cualquier aproximación erótica con sus parejas oníricas. En una sesión mi paciente entró al consultorio y con una actitud lúdica hizo un ademán de querer sentarse en mi sillón. A partir de este acto lleno de significado hizo diversas asociaciones referidas a su relación con sus padres, de la afinidad y profundidad de su relación con su madre y de la generosidad infantilizante de su padre. Una de sus asociaciones hizo referencia a la cuasi prohibición cultural y religiosa de ocupar el lugar del padre en la mesa del comedor de su casa. Cuando terminó la sesión y nos estábamos despidiendo, de manera espontánea sin saber yo lo que estaba pensando, le hago un gesto con mis manos como invitándolo a sentarse en mi sillón, cosa que él realizó con la actitud de quien saborea mentalmente un platillo de comida. Se paró y me dijo: “está bueno... pero prefiero mi diván”

No creo que esta actuación pudiera haber afectado nuestro vínculo terapéutico, que aún continúa a lo largo de varios años de trabajo. Hace poco, muchos años después de la situación descrita, este paciente me dio una lección de lo que creo que es la atmósfera transferencial por excelencia: antes —me decía— las sesiones eran un espacio donde podía hacer una pausa y pensar las cosas que me habían ocurrido en la semana, ahora la semana es un paréntesis para esperar la siguiente sesión y pensar lo que había surgido en la sesión anterior. La vida es el paréntesis y la sesión la esencia; estos son momentos privilegiadas del análisis donde la transferencia ocupa el punto central de atención del paciente o, lo que es lo mismo, donde la mente es privilegiada por la mente.

Es una actuación, que duda cabe, que estoy seguro podrá escandalizar a algún purista de la técnica, actuación que actúa básicamente como comunicación y como tal posibilita que el inter-juego analítico continúe. Es una actuación lúdica equivalente a la que podría tener el plantear una interpretación haciéndolo con un toque irónico y que el paciente recibe sin sentirse lesionado. Es un acto interpretativo, como los que hacía B. Bettelheim con sus niños autistas, que apuntaba, vía la acción, a transmitir que los roles en la vida son flexibles e intercambiables. Al mismo tiempo que, paradójicamente, se respetaba la asimetría esencial de la

relación analítica, porque mi trabajo con él no ha sufrido ninguna alteración en este sentido.

Comparto lo que con gran sabiduría planteara S. Freud en *Análisis Terminable e Interminable* (1937): ... *de modo que en ciertas situaciones analíticas pueda actuar como modelo para su paciente y en otras como maestro* (p. 3361). Esta es una cita muy poco mencionada, resaltada o pensada en nuestros libros de técnica. Considero que esta perspectiva de entender y describir nuestro oficio deja un margen interesante para ampliar y relativizar el concepto de neutralidad, tema sobre el cual volveremos. A mi entender, la única actuación iatrogénica es aquella que vulnera y lesiona la individualidad, la libertad y la dignidad a través de actos groseros o, infinitamente sutiles, a través de los cuales se manipule, ofenda, abuse, usufructúe y someta al paciente.... "Yo como tu padre tengo un lugar del cual no me voy a mover, y yo como tu padre quiero que ocupes un lugar del cual nadie te ha de mover".

Parafraseando a Winnicott (1947), esta actuación puede entenderse como expresión de un amor objetivo y cae dentro de la descripción que hace Racker (1960) de esas pequeñas actuaciones de las cuales no debemos asustarnos. Pensándolo más y para intentar conceptualizarla, se me ocurre decir que es como un Contra-Enactment. No es la repetición de algún patrón vincular pretérito, al contrario, es la puesta en escena de algo nuevo en la vida vincular de mi paciente, es como si mi inconsciente supiera de su necesidad de que algún padre le transmita que él también tiene derecho de serlo. Mi inconsciente debe de haber leído ese deseo, esa expectativa sumergida en su propio inconsciente y reaccionado proponiendo un destino, un camino, un lugar que es posible saborear. Nadie puede aspirar a lo que no le es conocido de alguna manera. Conocer un lugar, saborearlo instala una expectativa de algo posible y eso ilumina un derrotero por el cual se puede transitar. Como dirían algunos psicoanalistas, se produce no una re-edición sino una edición de algo nunca vivido. Me animo a llamar a este evento un Contra-Enactment porque implica una escenificación que invierte el modelo relacional que uno esperaría que sea el que naturalmente se tendría que repetir. Lo que si me gustaría precisar es que el valor de estas pequeñas pero significativas actuaciones estriba en que son producto de la generación espontánea de dos inconscientes en acción. Esto es algo muy distinto a lo propuesto por Alexander (1965) y por Liberman (1978) cuando proponen la implementación de una experiencia emocional correctiva o de un contra modelo comunicacional. La búsqueda consciente y dirigida de un analista hacia un objetivo concreto en base a intenciones concretas desvirtúa la experiencia analítica que por definición deber ser vivida en un marco de intimidad libre y espontánea donde lo sorpresa es quien guía su devenir.

Me viene a la mente la experiencia de un analista que el fin de semana había recibido de regalo en su casa una torta que una paciente especialmente tímida e

introvertida le había preparado. En la siguiente sesión el analista comentó que a él no le gustaba el dulce, comentario innecesario que creo que fue realizado más por la influencia persecutoria del llamado modelo clásico de nuestra técnica, absolutamente sexualizado, y que desconoce la acción y presencia de necesidades básicas del self en el vínculo analítico que nada tienen que ver con seducciones y transgresiones sexuales potenciales. Esta actuación vía la palabra resulta bastante más iatrogénica para el proceso que el haber aceptado la torta y empatizado con las necesidades del self que se ponían en acción en ese momento del proceso analítico. Humillación que determinó el fin de la relación terapéutica. “Yo no recibo tu amor con placer... amor de un orden distinto al sexual...” humillación no intencional, sustentada en una creencia, que sin embargo atenta contra la flexibilidad necesaria para atender pacientes que ahora creemos que son de hoy pero que en realidad siempre existieron, porque las necesidades del self existen desde que el self existe. Los llamados pacientes difíciles siempre existieron: lo que ocurre es que ahora tenemos nuevos instrumentos teóricos y técnicos que nos permiten verlos de la misma manera que el microscopio electrónico permitió a los biólogos observar y descubrir aspectos de la célula nunca antes vistos. Lo no visto no es lo mismo que lo inexistente. Claramente este incidente es el enacment de una “paciente difícil” a la que no se le dio la oportunidad de ser elaborado para extraerle lo que todo enacment puede tener de curativo.

Sigmund Freud en el *Compendio de Psicoanálisis* (1940) con la sencillez del sabio, dio luces para entender y por ende poder trabajar con determinados pacientes que escapan a las categorías incluidas en el concepto de neurosis. Él nos decía que existen numerosos pacientes que no han logrado evolucionar mentalmente más allá de la infancia y a los cuales hay que tratar como se trata a un niño, es decir sin tener a la interpretación como instrumento fundamental de trabajo analítico. Estamos obligados a desarrollar algo que, de manera general, podríamos conceptualizar como una suerte de “crianza psicoanalítica” para los casos no neuróticos. En estos se debe buscar el desarrollo de aristas del vínculo humano que estas personas no tuvieron oportunidad de experimentar, motivo por el cual no pudieron desarrollar todo aquello que el potencial de subjetivización posibilita. Quisiera dejar sentado que en la aproximación con estos pacientes no conviene convertirnos en las madres o en los padres que estos no tuvieron, porque eso es algo ilusorio aunque creo que ha sido una idea que se encuentra a la base de algunas posturas un tanto ingenuas y auto-idealizadas. La excesiva bondad es también un recurso técnico determinado más por necesidades del analista que del paciente. Podemos asumir funciones maternas y funciones paternas, pero no ser padre ni madre. Ahora bien, la tarea es más compleja de lo que Freud creyó, ya que ahora sabemos que muchos de estos pacientes con mentes abortadas, como los describe J. Lutenberg (2013), no son niños normales, lo que

nos complica enormemente el trabajo con ellos porque, más que vivir jugando, juegan a vivir, controlando el existir anexándose a otros, no sólo personas, para poder solventar y soportar las inevitables frustraciones que nos depara la vida.

Otro ejemplo que me gustaría comentar pertenece al ámbito del análisis infantil, pues que creo que es una buena muestra de aquello a lo que me estoy refiriendo ahora en relación a la presencia de procedimientos técnicos que no dependen de ningún aprendizaje sino que son desarrollos surgidos de la experiencia privada de cada analista y de un aprendizaje producido en la soledad del consultorio, en nuestra íntima relación con nuestros pacientes. Es por tanto algo que se ha creado en esa particular y única interacción y que se transforma en una creencia que nos acompaña en nuestro trabajo.

Este ejemplo pertenece a una serie de reflexiones técnicas realizadas por I. Luzuriaga (1977) para enfrentar lo que ella llama defensa maníaca en la cual se desarrolla una conducta muy violenta de parte del niño para rechazar las interpretaciones del analista y evitar conectarse con sus vivencias depresivas. La describe como la situación en la cual el niño recurre al juego y a la acción para desbaratar intensamente la intención interpretativa a través de gritos y silbidos ensordecedores, risas y en general del desarrollo de una batalla campal en el consultorio. Creo que todos aquellos de nosotros que trabajamos con niños conocemos esta situación clínica que se presenta sobre todo con pacientes con perturbaciones serias de carácter y que efectivamente nos colocan en una situación compleja desde el punto de vista técnico. Para Luzuriaga (1977), el único método que le da resultado es el de quedar en silencio mientras el niño sigue jugando sólo su delirio de grandeza:

(...) y por fin termina la sesión. Entonces y sólo entonces suelo yo intervenir, para lo cual apelo al contacto físico... En el momento preciso en que el niño comienza a traspasar el umbral de la puerta le tomo por los hombros por un instante y le digo, lo más rápida y condensadamente que puedo, el sentido global que ha tenido toda su actuación conmigo durante la sesión entera (p. 156).

¿Con relativa frecuencia vivimos en nuestra experiencia clínica este tipo de reacciones tormentosas y de agudo rechazo a nuestra labor interpretativa? Al margen del marco teórico que podamos usar para comprenderla, no se puede negar que este aparato conceptual interviene en nuestra forma de enfrentarla. Pero creo que lo más importante en la respuesta que proponemos a nuestro paciente depende de nuestra personalidad, es decir de nuestra contratransferencia, entendida como una respuesta de la personalidad total y no sólo como una reacción a la transferencia de nuestro paciente, aunque, por supuesto, la incluye. Mi respuesta ante este tipo de tormenta afectiva es cualitativamente distinta a la que propone Luzuriaga (1977). En forma resumida, mi

actitud es la de enfrentar a pie firme la conducta del paciente, no necesariamente a través de interpretaciones. Trato de mantener el contacto con el paciente y su profundo rechazo al proceso y con mi propia reacción emocional que es la que mejor me va a dar luces para pensar y actuar.

No es sólo un asunto de sobrevivir, como decía D. Winnicott, sino de cómo vivir la experiencia y en este sentido sí hay que intervenir, porque el silencio puede en realidad implicar una pérdida de fe en nuestra presencia y en nuestra misión. El hecho de hablarle al paciente cuando la sesión ya terminó no garantiza en modo alguno que siquiera te haya escuchado por más que lo agarremos del hombro. Más importante que lo que se dice es cómo se dice y desde dónde se dice. Con todo, no tengo duda de que esta creencia le es funcional a Luzuriaga y por eso se vuelve un procedimiento al que ella le tiene confianza porque le da un sentido y una coherencia a su trabajo, consistencia que en realidad es uno de los elementos esenciales de nuestro oficio. Lo máximo que puedo decir es que yo no seguiría su consejo, pero de ninguna manera que es algo que no se debe de hacer.

Un tercer ejemplo lo he tomado del doctor Otto Kernberg (1994), quien en varios trabajos nos da cuenta de un recurso técnico que utiliza cuando se encuentra frente a episodios turbulentos en la transferencia de algún paciente limítrofe o frente a experiencia de distancia emocional con pacientes en análisis que presentan marcados rasgos narcisistas. Narra como, después de tres años de tratamiento, con un paciente con marcados rasgos "como sí", él empezó a sentirse especialmente inactivo y poco productivo ante su despliegue teatral y sin ninguna profundidad durante las sesiones. Las comunicaciones de su paciente le parecían superficiales y mecánicas como expresión de una enorme dificultad para involucrarse en una relación que implicara profundidad y compromiso, siéndole muy difícil poder relacionar estas actitudes con alguna pauta transferencial que permitiera movilizar la experiencia de parálisis y futilidad.

Finalmente decidí concentrarme en la naturaleza y los síntomas de su sistemática inaccesibilidad a mi, y en mi inaccesibilidad a él ... Emplee la técnica de imaginar como se comportaría un paciente normal en una sesión determinada, para enfocar mejor las manifestaciones concretas de la artificialidad de la relación de este hombre conmigo (...) El efecto de la puesta en foco de esta ausencia en la transferencia fue sorprendente: el paciente comenzó a experimentar angustia durante las sesiones. Durante un período de varias semanas, esa angustia aumentó y sus asociaciones cambiaron de modo significativo Era como si sólo lo rodearan objetos muertos Pasó de ser un robot a ser un niño aterrorizado y abandonado... en síntesis, la transferencia y la contratransferencia cobraron profundidad. (p. 185).

Este es un ejemplo donde un analista describe una técnica, al parecer utilizada en distintas experiencias, que como toda técnica provoca un efecto sobre

la realidad en que es aplicada. Pensar durante una sesión psicoanalítica en otro paciente que sí se comporta de manera normal, sin saber realmente qué significa "normal", es una conducta, en este caso intencional, que nos coloca con otra persona en un mundo de fantasía gratificante, en un mundo donde las cosas son como deben ser. Es un retiro que se utiliza sanamente para reconfortar nuestro mundo interior: la conocida regresión al servicio del yo de la que tanto habla H. Hartman (1969). Los analistas también echamos mano de nuestros objetos internos para mantener la ecuanimidad mientras trabajamos en situaciones especialmente angustiosas o que suponen una grave alteración de lo que uno esperaría que ocurriera en cualquier vínculo con otra persona. Las situaciones complejas y abrumantes son parte de nuestro trabajo y no son pocas las ocasiones en que nos gustaría alejarnos de esas experiencias tan poco estimulantes y por lo general, desvivificantes, paralizantes y hasta horrorizantes.

No es raro que frente a pacientes difíciles queramos enfrentar la situación alejándonos de ellos; incluso puede ocurrir que deseamos profundamente que alguno, alguna vez, no llegue a su sesión. Esto lo he visto sobre todo en terapéutas jóvenes, aunque también en no tan jóvenes, cuando estamos saturados de emociones que no permiten que el proceso fluya. Estamos frente a contratransferencias que tienen un carácter crónico y que saturan y abrumen la mente del analista. Por lo tanto, no es infrecuente que pueda ocurrir que nos refugiamos en un mundo de fantasía para protegernos de lo frustrante de la inmovilidad, vivencia que nos secuestra el alma y obnubila nuestro pensamiento. En el caso que narra el doctor Kernberg (1994), el ensueño durante la sesión analítica tiene un efecto dramático sobre la persona de su paciente, lo que quizás podamos comprender mejor si nos enteramos de que se trataba de una persona que a los nueve años había perdido a su madre.

Si el fantasear del analista tiene un efecto tan inmediato e intenso en un paciente es por que ese paciente no estaba tan desconectado de ese analista. Por el contrario, de algún modo, debe de haber estado particularmente alerta a él como para resentir su ausencia, y de algún modo debe de haber construido una relación significativa con él como para reaccionar con tal nivel de angustia cuando se retira a su mundo interior reconfortante. Pienso que esto que es propuesto como una técnica constituye una herramienta para evitar nuestra depresión contratransferencial. Es como la reacción de un niño pequeño ante el retiro al mundo interior de su madre abatida por algún suceso de su vida.

Podríamos especular otras hipótesis, como que el paciente reaccionó cuando el doctor Kernberg (1994) decidió poner fin a una situación de maltrato vía la indiferencia de su paciente buscando experiencias más positivas y nutritivas para él. También creo que existen determinadas situaciones en el análisis que requieren de una cierta dosis de agresividad de parte del analista para poder dar movilidad

al proceso sacándole de encima los mantos de arrogancia, estupidez —como diría W. Bion— y también de ingenuidad con los que el paciente y su patología cubren el proceso. Podríamos especular muchas cosas más, pero lo que quiero finalmente expresar es que este particular procedimiento técnico representa la utilización creativa de su personalidad para echar a andar un proceso paralizado, usándose herramientas teóricas y personales. No desaconsejaría seguir la recomendación de Kernberg pero tampoco diría que hay que seguirla. Creo que es auténtico y legítimo para él, y de repente para algún otro en un momento difícil. La fantasía o ensueño es un recurso de la sanidad y tenemos que aprovechar ese maravilloso rincón que nuestra mente ha sabido crearse para evadir y a la vez enfrentar una realidad dolorosa.

Un último ejemplo que quisiera comentar se refiere a un recurso técnico que aprendí del doctor Saúl Peña y que él denomina la técnica del altavoz. Voy a utilizar un ejemplo clínico mío para graficar su particularidad. Se trata de mi relación analítica con un joven que había tenido una experiencia de abuso sexual por un compañero de colegio. Cuando escuché su narración del evento mi actitud inicial fue recoger los afectos implicados en la dificultad, básicamente vergüenza, de haberse atrevido a confiar una experiencia que había mantenido en secreto por largo tiempo y la rabia que dicha situación debía de haberle ocasionado. Parte de su sintomatología incluía reacciones violentas sobre todo bajo efectos del alcohol o bajo experiencias de frustración generadas sobre todo en su relación con su madre. Muchas veces me narraba sentimientos relacionados con impulsos destructivos que yo no llegaba a entender. En una ocasión, mientras trataba de comprenderlos, mi paciente me confió que creía que tenían relación con la experiencia de abuso. Le pedí que me la contara nuevamente, a lo que el accedió con dificultad. Relató una experiencia en la cual un niño necesitado desesperadamente de aceptación grupal era sometido a una situación de abuso sexual por uno de sus compañeros de escuela, quien a todas luces, aprovechándose de la candidez e inexperiencia de mi paciente, lo sometió a la realización de una serie de prácticas anales por las que sintió un profundo asco. Mi reacción me sorprendió. No hice ninguna interpretación en el sentido clásico, por el contrario, surgió en mí una potente voz que maldecía al agresor... Me sorprende nuevamente al escuchar a mi paciente, casi gritándome, que por qué no le había dicho eso la primera vez que me contó el incidente y mientras lloraba profusamente decía con una gran carga e intensidad emocional “¡lo odio, lo odio!”. Esta experiencia catártica dio un giro importante a su condición mental ya que a partir de este incidente logró trabajar con más frescura, naturalidad y hasta diría con mayor humor.

El absceso mental había logrado drenar de una manera significativa gracias a haberle hecho yo de altavoz, es decir de manera auténtica y al mismo tiempo espontánea, el analista expresa en voz alta aquello que el paciente no puede

hablar. Pero es algo que creo que va más allá de poder ser hablado. Es como si el paciente, al ver una expresión emocional en el analista, puede construir en su mente un circuito que no tenía construido. Al confrontarse en un espejo con mi reacción emocional, mi paciente puede colocar el odio en su interior como un elemento con el cual construir una experiencia que desde ese momento cobra una nueva dimensión. Creo que este es el valor de esta técnica y que es muy útil con personas que han sufrido algún tipo de tortura física y mental, es decir situaciones de abuso. Se trata de una técnica que implica que el analista pueda tener una capacidad para experimentar un odio objetivo, como diría Winnicott (1947) pero dirigida no al paciente sino a un objeto significativo de su mundo interior o, lo que es lo mismo, una reacción emocional para el paciente y, como tal, también un recurso que depende de la personalidad del analista, aunque en este caso pienso que todos deberíamos tener la capacidad de indignarnos de manera espontánea ante situaciones que han lesionado la libertad de nuestros pacientes, a través de una reacción contratransferencial sanadora por naturaleza, aunque una vez más sólo recomendable en la medida que resuene en la personalidad total del analista.

Estoy convencido de que durante un análisis ocurren muchísimas más cosas de las que podemos dar cuenta y que todo proceso debe de estar plagado de estas soluciones técnicas que tienen valor sobre todo para el analista que esta ejerciendo su oficio. Pienso que sería muy beneficioso para el desarrollo de nuestra técnica que dedicáramos un tiempo a pensar y elaborar acerca de éstos procedimientos técnicos creados en la intimidad de nuestros consultorios, siendo creaciones privadas que ojalá podamos hacer públicas, comenzando con nosotros mismos, porque estoy seguro de que tendemos a creer no existen, lo cual es lo más peligroso de todo porque nos lleva a creer que somos únicos e insustituibles, uno de los delirios que más daño le ha hecho al psicoanálisis.

Últimamente tiendo a pensar que la propuesta técnica que normalmente recibimos en los Institutos de formación podría utilizar de manera más plena la herramienta más importante que tenemos: nuestra persona. No podemos dejar de lado el mejor elemento de transformación que tenemos y que por múltiples investigaciones sabemos que es el principal agente de cambio en toda psicoterapia. Solo otra mente puede ayudar a transformar una mente. Esta técnica fue creada en el contexto de la llamada primera tópica, la cual se enfocaba en comprender el síntoma y su resolución. El propio devenir de la clínica y la teoría psicoanalítica en la obra de Freud lo hizo transitar del síntoma al entendimiento de la persona, mientras que su segunda tópica constituye un esfuerzo por entender y describir la compleja constitución de la subjetividad humana. Sin embargo, no desarrolló una propuesta técnica acorde a este nuevo modelo de la mente, dejándonos, a mi entender, la enorme tarea de elaborarla. Creo que

en este punto estamos ante un árbol frondoso en cada una de cuyas ramas hay un psicoanálisis floreciente. Este árbol existe no desde que Wallerstein (1988) lo describió sino desde el comienzo mismo del psicoanálisis, probablemente desde las reuniones de los miércoles en las que se gestó el núcleo científico de nuestra disciplina. Es nuestra obligación y la de nuestras instituciones acotar un espacio científico que confiera unidad a nuestra praxis y en el que podamos responder a los desafíos de la clínica moderna. Enorme tarea la que tenemos por delante y a la que debemos enfrentar sin apuros ni apremios descarrilantes.

Referencias bibliográficas

- Alexander, F. & French, T. (1965). *Terapéutica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1940). Compendio de Psicoanálisis. En *Obras completas* (vol. 9, pp. 3379-3418).
- _____. (1937). Análisis Terminable e Interminable. En *Obras completas* (vol. 9, pp. 3339-3364). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Liberman, David (1978). *Comunicación y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Alex Editor.
- Meltzer, D. (1990). *Desarrollo Kleiniano*. Buenos Aires: Patia Editorial.
- Nemirovski, C. (2018). *Transformaciones en nuestra práctica*. Trabajo presentado en el XXXII Congreso de FEPAL, setiembre 2018. Lima.
- Racker, H. (1960). *Estudios de Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Lutenberg, J. (2013). *Seminarios de Lima*. Lima: Cauce Editores.
- Luzuriaga, I. (1977). *Observaciones sobre técnica analítica*. Buenos Aires: Editorial Psique.
- Kernberg, O. (1994). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Hartman, H. (1969). *Ensayos sobre la Psicología del Yo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wallerstein, R. S. (1988). Un psicoanálisis o muchos. En *Libro Anual de Psicoanálisis*, 4, 1-15.
- Winnicott D. (1947). El Odio en la Contratransferencia. En *Escritos de Pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós (1999).

Resumen

El presente ensayo trata de poner como centro de nuestra atención el trabajo psicoanalítico que llevamos a cabo con nuestros pacientes a lo largo de las interminables horas de horas en las que nos encontramos con ellos en el consultorio. En este espacio ocurren y se construyen herramientas técnicas que no están prescritas en los manuales de técnica de nuestro oficio y a las que creo deberíamos darle un espacio para ser miradas y discutidas. El ser humano es un hacedor de herramientas por naturaleza y esta característica se desarrollará al margen de cualquier aprendizaje. No es solo un asunto de ser innovadores, sino que es un reconocimiento de que no estamos aún en condiciones de prescribir un arsenal de procedimientos técnicos que puedan resolver la inmensa sutileza

y complejidad del sufrimiento humano. No reconocerlo es mirarnos en un espejo de agua. El único camino es el de la investigación que posibilitará el ir acotando espacios de conocimiento científico propios.

Palabras clave: técnica, neutralidad, enactment, contra-enactment, iatrogenia

Abstract

The present essay tries to put in our attention, the psychoanalytic work that we carry out with our patients, throughout the endless hours of hours in which we meet them in our private practice. In this space, occur and are built, technical tools that are not prescribed in the technical manuals of our trade and I think we should give them a space to be looked at and be discussed. The human being is a tool-maker by natural, this feature will be developed regardless of any learning. It is not just a matter of being innovative, but it is an acknowledgement that we are not yet in a position to prescribe an arsenal of technical procedures that can solve the immense subtlety and complexity of human suffering. Not to recognize it is to look at us in a mirror of water. The only valid way is the research that makes it possible to go through spaces of scientific knowledge of its own.

Keywords: technique, neutrality, enactment, counter-enactment, iatrogenia