

SECCION PLURITEMÁTICA

Trabajando con el material clínico: distintos métodos

*Marina Altmann de Litvan**

"It is my firm conviction that the investigation of the implicit, private theories of clinical psychoanalysts opens a major new door in psychoanalytic research... Often (I hope very often) the analyst 'privately knows better', and the more access we can gain to the preconscious theories of experienced analysts, the better we can help the advancement of psychoanalytic theory."
Joseph Sandler, 1983

Introducción

A través de estas notas me propongo transmitir dos experiencias de trabajo que tienen en común la utilización de métodos para analizar qué hacemos los analistas en nuestro trabajo cotidiano con nuestros pacientes. ¿Qué subyace a nuestra escucha y nuestras interpretaciones? ¿Cómo se conjugan la teoría y la técnica en nuestro trabajo?, ¿cómo son empleadas en la clínica con un paciente concreto?

Las diferentes experiencias a las que me refiero son algunos

* Miembro Titular de APU. Rbla. Armenia 3783 Ap. 1001 - Montevideo.
E-mail: altmanli@chasque.net

de los trabajos que viene realizando la Federación Europea de Psicoanálisis desde hace aproximadamente 10 años, en reuniones especiales, dos veces al año. Personalmente participé en grupos de trabajo con métodos para comparar material clínico en el Precongreso de Berlín (2007) y en el Pre Congreso de Chicago (2009), además de ser presentadora en el Working Party of Education que tuvo lugar también en el Congreso de Chicago (2009), cuyo objetivo era evaluar la finalización de la formación analítica.

En América Latina se está trabajando también en el tema y pude participar como moderadora en la Primera Jornada Latinoamericana de relación entre teorías y clínica, que se realizó en Buenos Aires, en octubre de 2009. En Montevideo recientemente se presentó otro método de trabajo desarrollado por Evelyn Sechaud.

Mi interés específico en el trabajo con el material clínico se inicia en un grupo de investigación de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay coordinado por Marta Nieto (desde 1983) en el cual se estudiaban los diferentes modos de trabajo a través del material clínico. En esta línea, también como docente de seminarios, he tenido la oportunidad de desarrollar distintas experiencias con métodos específicos para trabajar los materiales clínicos.

Diferentes pueden ser los métodos para trabajar el material clínico. Su especificidad dependerá de cuál es el objetivo buscado: si es para la formación analítica de los candidatos en los seminarios, si es para comparar problemas de la formación analítica pertenecientes a distintos institutos, países y lenguas o si es para trabajar entre colegas. En otras palabras, la metodología que se utilice dependerá de la pregunta que uno se formule. Algunos métodos nos permiten también responder a distintas preguntas.

Teorías explícitas e implícitas

Joseph Sandler (1983) planteó que los analistas, a medida que van adquiriendo experiencia, construyen, consciente o inconscientemente, una serie de categorías teóricas que forman su tra-

bajo clínico. Hay una teoría pública, consciente, y una teoría implícita, pre- o inconsciente.

Los modelos mentales implícitos son patrones que frecuentemente se establecen fuera de la conciencia, en base a la experiencia vivida. Pueden comenzar con un foco explícito y volverse procesos implícitos. Estos patrones afectan significativamente la construcción de nuestras maneras de entender e interpretar las experiencias actuales en la situación clínica.

Resulta crucial entender el proceso de cómo el analista integra la teoría pública y se apropia de ella. Cada analista hace uso de la teoría de un modo privado e idiosincrásico. Estas ideas y conceptos más particulares y menos claramente definidos influyen significativamente en nuestro trabajo. En realidad, mientras son implícitos, pueden resultar bastante contradictorias e incoherentes. Se trata de examinar de qué forma elabora la mente nuestras teorías, poner de manifiesto si hay o no coherencia entre nuestras teorías conscientes, públicas, nuestras teorías preconscientes o implícitas y la forma de pensar en nuestros pacientes y de conducirnos en el encuadre analítico.

Las teorías implícitas conforman los estilos personales del analista, es decir que en algunos analistas se privilegian más los esquemas sensorio-motrices, perceptivos, en otros lo conceptual, o el guión, o lo emocional, o la envoltura proto-narrativa. (Stern, D. 1995)

Dos métodos de estudio del material clínico.

Uno de los métodos de aproximación a la forma en que trabajan los analistas es "el Mapa" de Canestri, J., Bohleber, W., Denis, P. y Fonagy, P. (2006) quienes hacen énfasis en el tema de las teorías implícitas y explícitas, públicas y privadas. Plantean un modelo de teoría de tres componentes. La teoría estaría así formada por: el pensamiento basado en la teoría pública + el pensamiento teórico privado + la interacción del pensamiento privado y el explícito (uso implícito de las teorías públicas) (p. 29). En

opinión de Canestri, la base teórica sobre la que realmente trabajamos es el resultado de la interacción de ambas influencias teóricas, implícitas y explícitas.

Otro de los métodos es el "Método de dos pasos" de David Tucket. Tal como Tucket^[1] (2008) lo plantea, el propósito de este método es "proveer un marco para que un grupo de psicoanalistas de diferentes tradiciones, culturas y lenguajes, usen sus diferencias creativamente con el fin de discutir y comparar la forma en que trabajan los diferentes analistas". El método de Tucket jerarquiza el análisis de las interpretaciones, considerando cada intervención en profundidad. ¿Cuál era el propósito de esa intervención (en la mente del analista)?

Es importante destacar que ambos métodos construyen sus categorías desde el análisis (empírico) de material clínico, es decir que éstas no parten de un "deber ser" sino de lo que los analistas efectivamente hacen en su práctica clínica con sus pacientes.

El Método de dos pasos.

En el desarrollo del "Método de dos pasos", según explica su autor, encontraron que se hacía necesario pensar muy cuidadosamente sobre cómo estructurar la discusión, ya que la "discusión libre" presentaba muchos abandonos en el trabajo grupal. Fue así que aprendieron que cierta estructura puede ser útil cuando los psicoanalistas discuten material clínico, especialmente cuando el presentador pertenece a una tradición diferente.

El método está pensado para que el presentador del material en cada grupo sea un analista. Se les solicita a los participantes que utilicen toda la creatividad de que disponen para comprender cómo trabaja el analista y para ubicar esa forma de trabajo de

[1] Tucket, David (2008) *Psychoanalysis Comparable & Incomparable. The evolution of a Method to describe and Compare Psychoanalytic Approaches*, Routledge, London, p.132-166.

modo que sea posible comprender, lo más precisamente posible, cómo y de qué manera se compara con la propia forma de trabajo y con la de otros.

Hay algunos roles en el método, que tienen sus funciones particulares: la tarea del moderador es sostener al grupo en su trabajo y hacer todo lo posible para facilitarlos. El o ella necesitan del apoyo del grupo. El rol del presentador es presentar el trabajo y luego dar un paso atrás y reflexionar sobre la discusión emergente, participando de vez en cuando y cuando se le solicita. La experiencia sugiere que ningún presentador, por más eminente que sea, está completamente conciente de las maneras en que su método de trabajo es similar o diferente de otros métodos y puede tener concepciones erróneas sobre este punto, como probablemente tengamos todos. Los demás integrantes del grupo (discutidores) están allí para tratar de "construir" de la evidencia disponible en la discusión, una fotografía del trabajo del presentador, la cual, a pesar de que tal vez no corresponda con la visión previa propia del presentador y pueda sorprenderlo o aún shockearlo en algunos aspectos, es la mejor sensación del material presentado y la discusión.

La idea es que la comprensión entre el grupo se da a partir de entender las diferencias, por esto a pesar de que el objetivo es entender la manera en que el presentador comprende y trabaja, los discutidores (teniendo en mente su objetivo de encontrar el abordaje del presentador) pueden mencionar que comprenden o ven las cosas en forma diferente, para testear la relación de su comprensión del propio presentador y también para dar al resto de los discutidores del grupo un pantallazo de las muchas otras formas posibles de pensar y trabajar.

Se comienza con la presentación de algunas sesiones y luego el grupo cuenta con 3-4 horas para una discusión relativamente libre para conocer todos los puntos de vista. Luego se pasa a la discusión del *Paso 1*, que lleva aproximadamente el mismo tiempo. Aquí se focaliza la discusión directamente en el presentador y su forma de trabajo considerando cada intervención en profundidad. ¿Cuál era el propósito de esa intervención (en la mente del

analista)? Hay seis propósitos posibles de las intervenciones definidos para guiar la discusión:

1. Mantener el encuadre básico
2. Agregar algún elemento para facilitar el proceso inconsciente
3. Preguntas, aclaraciones, reformulaciones para hacer algunos aspectos concientes
4. Designar el significado emocional y fantaseado del aquí y ahora de la situación con el analista
5. Construcciones dirigidas a dar sentido elaborado
6. Reacciones repentinas y evidentes, difíciles de relacionar con el método normal del analista.

A estas seis categorías se llegó mediante un proceso de trabajo que incluyó el análisis de bibliografía (sin éxito porque no existía nada que investigara la forma de trabajo del analista) y el análisis de presentaciones clínicas de algunos analistas. En primer lugar se tuvieron trece categorías de intervenciones con las que se avanzó en el trabajo, aunque resultaban demasiadas. Se realizó luego un análisis cualitativo en profundidad de nueve casos.^[2] Luego se analizaron los comentarios de los analistas para tratar de explorar las diferentes maneras en que parecían pensar sobre el trabajo que estaban realizando y qué les llamaba la atención cuando escuchaban y trataban de entender lo que decía su paciente buscando detrás de esto elementos distintivos para construir modelos comparativos. Se estudiaron una y otra vez los casos de acuerdo a una variedad de esquemas de códigos que fueron discutidos y revisados.

El *Paso 2* se focaliza en cinco dimensiones del modelo explicativo del trabajo del analista. Cuando llegamos a esta etapa la discusión puede hacer uso de las muchas ideas diferentes sobre

[2] Publicados como la serie "Analysts at work" en el *International Journal of Psychoanalysis*, con analistas de Bélgica, Francia, Alemania, Italia, España, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos)

cómo trabajar como psicoanalista (modelos explicativos de hacer análisis) que existen en el grupo -pero para el propósito de comprender el método del analista más que buscar juzgarlo o convertirlo a otro modelo.

Para desarrollar este paso también se utilizó el análisis de casos para comenzar a pensar en las teorías en las que el analista estaba pensando. Los cinco elementos de los modelos explicativos que los psicoanalistas tienen son:

La primera dimensión (¿Qué está mal con este paciente?) se ocupa de las ideas del analista sobre qué es -psicoanalíticamente hablando- lo que está mal desde el punto de vista psicopatológico con el paciente. ¿Cómo se construyó en la mente del analista qué es -psicopatológicamente- lo que está mal con ese paciente?

La segunda dimensión (¿Cómo trabaja el analista?) se ocupa de las teorías transformacionales o de cambio que parece tener el analista. Cada una de las teorías sobre lo que está mal con el paciente tendrá teorías sobre cómo las sesiones psicoanalíticas pueden traer el cambio.

La tercera dimensión (¿Cómo escucha este analista a este paciente?) se ocupa de la teoría de escucha del inconsciente del analista. La investigación sugirió que los psicoanalistas tienen varias teorías, más o menos trabajadas y/o superpuestas sobre lo que quieren decir cuando hablan de que escuchan el contenido latente o inconsciente de una sesión psicoanalítica.

La cuarta dimensión (¿Cuáles son las intervenciones que permiten avanzar el proceso analítico?) se ocupa de las teorías del analista sobre lo que tiene que hacer sesión a sesión para hacer avanzar el proceso analítico según su modelo de cambio. Algunas posibilidades de exploración con cada analista pueden ser si tiene ideas sobre cómo facilitar un proceso de representación inconsciente, una nueva experiencia emocional, hacer aparente las identificaciones inconscientes para que pueda darse la desidentificación y la modificación. Interpretar los cambios en los afectos de la transferencia con la idea de aumentar la tolerancia afectiva e ideacional. Interpretar las resistencias inconscientes, interpretar los temas inconscientes percibidos para aumentar la conciencia del

yo y de la repetición inconsciente, etc.

La quinta dimensión (Visión de la situación analítica) consiste en la teoría del analista sobre la transferencia. Hay una gran variación en el significado del término transferencia entre psicoanalistas y utilizarlo explícitamente lleva a grandes confusiones en el trabajo.

Aplicación de estos métodos para comparar la formación analítica en distintas regiones.

¿Cómo sabemos que los objetivos de la formación psicoanalítica han sido logrados en forma suficiente por el candidato para que éste pueda estar calificado para ser analista? Esta fue la pregunta que orientó la labor y la discusión de los grupos de trabajo del Working Party on Education que tuvo lugar durante el Pre-Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional en Chicago (2009).

Cada presentador tenía la responsabilidad de presentar brevemente el modelo de formación al que pertenece y a partir de la exposición de viñetas clínicas de casos de supervisión que a su juicio fueran inadecuadas, adecuadas y muy buenas, exponer los aspectos implícitos y explícitos de dicho el modelo de formación. El trabajo se desarrolló inspirado en el método de los dos pasos de Tuckett, con siete preguntas como guías que se trataron de responder luego de la presentación y discusión del material clínico. Estas preguntas referían a todos los aspectos del modelo de formación como el análisis personal, los analistas didactas, cuáles son los objetivos, qué busca lograr la actividad clínica, la supervisión y qué se busca con ella, a qué apuntan los seminarios teóricos y clínicos, cómo se evalúa el progreso de los candidatos. ¿Se reflexiona sobre el sistema de formación?, ¿qué cambios ha sufrido éste y cuáles han sido sus implicancias?

¿Cómo trabajan los analistas formados en el Modelo Uruguayo?

El modelo de formación de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay incluye los requerimientos del trípode de Eitington: análisis personal, supervisión curricular y seminarios. Pero como sostiene Bernardi, R. (2008) lo que diferencia a los modelos de formación psicoanalítica es la forma en las que éstos se llevan adelante, además del contexto institucional e intelectual en el que se da la formación.

En 1969, al discutir algunos problemas de la enseñanza del psicoanálisis, cuatro analistas de APU -M. Baranger, I. Besouchet, M. Nieto e I. Ribeiro- ven imprescindible sentar la premisa de lo que consideran un analista, de responder a la pregunta: ¿qué analista queremos formar? La disposición a analizarse, sostienen, es la actitud básica.

Esta disposición tiene como ingredientes principales: el deseo de saber, la curiosidad, el impulso a traspasar los límites de lo conocido y el coraje necesario para hacerlo.

Esta misma actitud, en el orden intelectual, se da como capacidad de tolerar la duda, de hacerse preguntas permitiendo que medie un intervalo hasta dar con las respuestas. Respuestas que a su vez no cierran la investigación sino que plantean nuevos problemas.

"El analista tiene que estar dispuesto a una constante remoción de su aprendizaje sin poder descansar nunca sobre lo adquirido" (Baranger, M, y otros, 1969, p.243-244).

La docencia ha de promover una actitud, no bien de imponer ideas ni de oponerse a otras "sino de poder mostrar cómo se originan, se encadenan, se influyen los conceptos"; a su vez la supervisión debe encararse a su juicio, "no meramente como aprendizaje de una técnica, sino como aprendizaje de un pensar" (Baranger, M, y otros, 1969, p.246-247).

Los seminarios deben constituirse en un camino para que el futuro analista adquiera la idea de que cada análisis constituye un descubrimiento y que "pensar analíticamente" no es aplicar es-

quemados aprendidos, sino aprender a hacer surgir las ideas a partir del material y a conceptualizar lo empírico.

"Más que un simple cotejo o enfrentamiento a nivel teórico, consigue llevar la discusión a ubicar cada intervención dentro de un marco referencial más amplio, mostrando cómo a partir de un punto de una sesión o sobre un aspecto del material pueden surgir líneas divergentes de interpretación, muchas de ideas igualmente legítimas..." (Baranger, M, y otros, 1969, p.247).

Uno de los aspectos más destacados del modelo uruguayo es la activa participación de candidatos, docentes, supervisores, tanto individualmente como en los diferentes grupos que funcionan en la Asociación: Grupo de supervisores, Grupo de docentes, Grupo de analistas didactas, Grupo de admisión, todos ellos representados en la Comisión de Enseñanza).

Es importante destacar que este tipo de participación se ve favorecida por las dimensiones de nuestra sociedad, ya que en sociedades más grandes resulta más difícil imaginar un funcionamiento de este tipo.

Se mostró además otro esquema con el proceso de evaluación múltiple que recibe el candidato a través de las exigencias de participación y trabajos curriculares en los seminarios, así como la supervisión, realizándose este proceso en forma totalmente independiente del análisis personal. Finalmente -para constituirse en miembro- deberá presentar un trabajo teórico clínico de un proceso analítico ante un comité nombrado por la Comisión de Enseñanza.

Comentarios

Los integrantes del grupo, pertenecientes a diferentes países de Europa, Norteamérica y Latinoamérica, plantearon sus opiniones referidas a la presentación del modelo uruguayo y del material de supervisión.

Algunos mencionaron que se desprendía de la presentación del material de supervisión de un candidato que el modelo uru-

guayo denotaba una enorme fertilización cruzada del modelo francés y el de Eitington.

Dos integrantes manifestaron que nada les resultó diferente de los otros modelos, que lo distinto no es la supervisión sino las particularidades del caso y las particularidades del candidato.

Se mencionó que es un modelo que destaca por su tolerancia, ya que da libertad al candidato para integrar lo que va adquiriendo, libertad y tiempo para que desarrolle su propio proceso. Se diferencia este aspecto de lo que es el éxito del candidato con el paciente. Se hace énfasis en que el candidato descubra cómo ser un buen analista con este paciente, con la confianza que esto llevará a un buen resultado del paciente.

Se trasluce que existe confianza en el instrumento psicoanalítico, confianza en el método y en los diferentes estadios en el proceso de formación, eso hace que el supervisor tenga una cierta tolerancia en el tiempo de trabajo, de manera de que el supervisor puede permitir al candidato descubrir el psicoanálisis en el proceso de la supervisión.

Se nota que el modelo tiene un espíritu donde siempre se está pensando y reflexionando lo que necesita el candidato, y esto es parte de la pasión y el compromiso que se desprende de la tarea. Todos destacaron que hay mucha pasión, amor y compromiso, que es difícil de lograr en otros países.

Hay confianza en la relación candidato-supervisor, y se basa en el supuesto que con un contacto cercano con los problemas y contenidos inconscientes del candidato, se logrará un buen analista.

Parecería que en este modelo la parte de la adquisición de conceptos es estrictamente evaluada desde los seminarios y por lo tanto la supervisión se constituye en un espacio con mayor tiempo y libertad para que el candidato pueda encontrar su propio modo y estilo de ser analista. Esto se diferencia de otros países en los que prácticamente no hay evaluación en los seminarios teóricos.

Observan también que el modelo de formación y la participación institucional consume mucho tiempo. Se planteó que en algunos países sería imposible que se de este tipo de participa-

ción. Surge la pregunta: ¿qué pasa con quién no se adapta a un sistema tan fuertemente grupal?

Los participantes notan una consistencia entre el trabajo de supervisión y el modelo: entre lo que se considera adecuado y no adecuado en la supervisión y el modelo de formación.

El método de "el Mapa".

"El Mapa" de Canestri, J., Bohleber, W., Denis, P. y Fonagy, P. (2006) traza seis vectores que sirven para delinear trayectorias con las que organizar la investigación. No son completamente independientes uno de otro. Tienen una función puramente metodológica y operativa y están presentes en la práctica clínica. Estos vectores son: topográfico, conceptual, de la acción, de las relaciones objetales del conocimiento, coherencia versus contradicción y del desarrollo.

El vector topográfico trata de los diferentes niveles (conciente, preconciente e inconsciente) en los cuales el pensamiento teórico tiene lugar. Lo conciente pero no público refiere a todos los cambios que una teoría o una técnica tiene a lo largo del tiempo, y a las diferencias que se revelan en las teorías y las técnicas de acuerdo a la región geográfica en la que se aplican. Un kleiniano británico, un kleiniano latinoamericano o un kleiniano norteamericano pueden presentar variaciones que son fácilmente reconocibles aunque no expresadas. Esto se aplica también a otras corrientes teóricas. Algunas teorías privadas pueden ser aceptadas por un analista, pero él o ella pueden no reconocerlo públicamente. Un ejemplo es la acción de sostén del analista, una acción que es muy frecuente pero es poco expresada, probablemente porque el analista puede considerarla no muy analítica y más cercana a una forma de psicoterapia.

Las teorías y teorizaciones preconscientes refieren a una actividad compleja que incluye una amplia variedad de elementos, que van desde aquellos que conciernen a la auto-comprensión del analista hasta el sistema de valores, culturalmente condicionado,

al que el analista adhiere implícitamente. Las influencias inconscientes en el uso de las teorías abarcan la ideación reprimida, que incluye el uso de la teoría como contratransferencia (la agresión contra el paciente puede ser desplazada a teoría o podemos sublimar sentimientos sexuales acerca del paciente a través de la teoría. La teoría puede proteger reduciendo la experiencia del incomodidad del paciente, la teoría puede actuar como una protección para el narcisismo del analista, cuando el analista no es conciente de haber dejado algo de lado, y la teoría también puede operar como un superyó o tener el valor de un equivalente al objeto primario. En este caso es posible hipotetizar la existencia de un yo ideal insuficiente o un déficit en la identidad psicoanalítica. La escisión de la teoría. (a pesar del hecho de que podamos estar convencidos de la fuerza de una teoría, podemos no creer en ella) y la teoría como resistencia. Este tipo de influencia inconsciente es muy común en la práctica clínica. Conocer a los pacientes a través de la teoría es la única manera de no llegar a conocerlos, y además la única de llegar a conocerlos. Otro método de resistencia puede ser no aplicar una teoría obvia por las implicaciones para la relación, sin llegar a conocer a alguien por ansiedades de sobre-involucramiento o por temas de límites.

El vector conceptual incluye varios tipos de visiones del mundo, ideologías, actitudes clínicas generales, las teorías implícitas del analista en el proceso psicoanalítico y las teorías implícitas sobre el cambio o los objetivos que avizora en el tratamiento analítico.

Involucra los siguientes aspectos: visión del mundo o cosmología (las visiones del mundo o cosmologías pueden ser sociales, privadas, teóricas, científicas o filosóficas). Conceptos clínicos, que son usados para manejar las situaciones clínicas (envidia, self falso, pérdida del objeto en la infancia, abandono, depresión, etc.). A este nivel es posible aplicar conceptos de otros grupos y trabajar con ellos, como por ejemplo tratar de decidir entre ansiedad de separación y ansiedad de castración. Generalizaciones clínicas, que pueden ser conceptuales, técnicas o interpretaciones generales o puntos de vista del material clínico.

El vector de la acción considera las acciones del analista en su relación con su paciente. Se distingue entre la formulación y el fraseo. El primero hace referencia al trabajo que el analista realiza mentalmente para dar forma a una interpretación del material que proviene de su actividad de escucha. El "fraseo" refiere a la forma concreta en la que verbaliza su formulación, lo que le dice concretamente al paciente. Incluye no solo las palabras que pronuncia sino todo el estilo de sus interpretaciones, el tono de voz, el ritmo y las inflexiones del discurso y su significado pragmático en la comunicación. Incluye la escucha, la formulación, el fraseo o interpretación y la conducta.

El vector de las relaciones de objeto del conocimiento refiere a las relaciones del analista con las teorías, modelos y conceptos considerados como "objetos internos" con los que se crean relaciones objetales. Incluye también relaciones inconscientes con personas que se fantasea que originaron o sostuvieron dichas ideas, generando una identidad psicoanalítica. Incluye la historia del conocimiento, las influencias transgeneracionales, la sociología del conocimiento, la internalización de las teorías y la teoría del apego.

El vector de la coherencia versus la contradicción concierne las formas teóricas en que se maneja la contradicción. Hasta cierto punto el analista debe elegir lógicamente, pero algunas veces no desea dejar de lado la ambigüedad. Para tolerar -no para eliminar- las contradicciones, puede haber un primer paso para encontrar conceptos elásticos o nuevas soluciones a lo que a primera vista puede parecer un conflicto insalvable. Incluye los siguientes ítems: teoría pública cuando se espera coherencia, uso de metáforas o conceptos polimorfos, soluciones creativas.

El vector del desarrollo concierne a la toma de posición sobre donde está el paciente desde un punto de vista del desarrollo. Es posible poner énfasis en lo somático, en el material no verbal, enfatizar un estado particular del desarrollo (estado libidinal-anal/fálico, narcisista) para ser capaz de pasar de un nivel del desarrollo a otro.

Recientemente, en el encuentro realizado en APdeBA "Pri-

mera Jornada Latinoamericana sobre las relaciones entre teorías y clínica", organizado por Samuel Zysman y su grupo en octubre de 2009, al que asistió J. Canestri como invitado especial, junto con otros invitados de Latinoamérica, en una experiencia de trabajo en uno de los grupos, la analista había utilizado un modelo claramente relacional, intersubjetivo, en donde siempre las interpretaciones jugaban entre cuán próximo y distante tiene que estar de su paciente para ser escuchada y no rechazada: "es que adentro tuyo el otro quizás se quedó mal porque quería todo (...) y creo que nada le va a alcanzar". Esta interpretación tiene sesgos del pensamiento kleiniano: contenidos internos adentro del cuerpo de la madre que despiertan enorme voracidad. Sin embargo la analista no tenía integrado su uso de un marco kleiniano, no se sentía identificada, pero sí lo estaba aludiendo mediante su intervención (teoría implícita).

También se vieron muchas interpretaciones que acompañaban y sostenían a la paciente, quizás más vinculadas al amparo, sostén y receptividad vinculados a la teoría de Winnicott, marco teórico al que la analista se sentía más cercana. (no había una coherencia de un solo modelo teórico)

Se mostró que la analista hacía fuerte uso de la contratransferencia pero no de la transferencia en el aquí y ahora. Se plantea cuál es la teoría de la analista que no hace interpretaciones transferenciales.

Este método abarca un encuadre más allá del consultorio, que considera el impacto del idioma y la cultura. Estas influencias normalmente no se tienen en cuenta pues rara vez nos paramos a pensar en la cultura en la que estamos inmersos (Silvan, M., 2007).

"Existen numerosas asunciones preconscientes acerca del idioma, incluyendo el uso y la importancia de las palabras, que pueden variar de una cultura a otra cultura y de un idioma a otro idioma. En el psicoanálisis, donde siempre estamos buscando significados múltiples, entrañan un especial interés la naturaleza polisémica de la lengua y las asociaciones idiomáticas dentro de una lengua particular" (Silvan, M., 2007).

Canestri plantea como uno de los ejes lo valorativo y esta analista está siempre planteando en sus intervenciones lo que está bueno y lo que estaba malo. Aparece el tema de lo valorativo, tiene que ver con el vector conceptual

A modo de conclusión

Los distintos métodos de aproximación al material clínico permiten una reubicación como analista, una reflexión con terceros independientes de la propia sociedad acerca de cómo se va pensando al paciente, qué elementos se utilizan para pensarlo (conceptos teóricos, etc) y cómo se va trabajando con él/ella.

Estos métodos son de utilidad para analizar teorías implícitas y explícitas, para hacer explícito el proceso de trabajo del analista y qué teorías se ponen en juego y de qué manera.

A nivel de modelos de formación son útiles para ver, a través del material clínico, cómo trabajan los analistas formados en determinado modelo, evidenciar sus diferencias con otros, distinguir qué diferencias responden al modelo de formación y cuáles a aspectos como idioma, cultura, contexto social e historia institucional.

Los métodos a utilizar dependerán de los objetivos que nos planteemos.

Con respecto al modelo uruguayo hay una transmisión intergeneracional que marca un estilo institucional de trabajo, que tiene que ver con los fundadores de la institución y presenta cierta continuidad.

Resumen

Trabajando con el material clínico: distintos métodos.

Marina Altmann de Litvan

Este artículo trata sobre la experiencia de la autora en el trabajo con material clínico, que se inicia en el grupo de estudio de

Marta Nieto en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Describe sus experiencias con los nuevos métodos desarrollados en la Federación Europea de Psicoanálisis, diseñados para trabajar sistemáticamente en el tema comparando el trabajo de analistas de distintas culturas e idiomas.

En el trabajo se describen específicamente el método de "Dos pasos" (D. Tuckett) y "el Mapa" (J. Canestri) y las experiencias que la autora tuvo trabajando con ellos, sobre todo con el primero- tanto como participante como presentadora. En este sentido se recogen específicamente algunos comentarios de la experiencia de presentación del modelo uruguayo de formación y de finalización de la formación analítica.

**Descriptores: INVESTIGACION / INTERPRETACION /
FORMACION PSICOANALITICA /**

**Descriptores candidatos:
INVESTIGACION CONCEPTUAL**

**Autores-tema: Tuckett, David A.
Canestri, Jorge**

Summary

Diffent methods of working with clinical material.

Marina Altmann de Litvan

This article describes the author's experience in working with clinical material, which begins in the study group of Marta Nieto in the Uruguayan Psychoanalytic Association. Describes her experience with the methods developed in the European Federation of Psychoanalysis, designed to work systematically on the subject, comparing the work of analysts from different cultures and languages.

The paper specifically describes the method of "Two Steps"

(D. Tuckett) and "The Map" (J. Canestri) and the experiences that the author had working with them -specially with the first one-, both as participant and presenter. In this sense she specifically states some comments on the experience she had presenting the Uruguayan model of psychoanalytic training and the completion of analytic training in a group working with this method.

**Keywords: RESEARCH / INTERPRETATION /
PSYCHOANALYTIC TRAINING /**

Candidate Keywords: CONCEPTUAL RESEARCH /

Bibliografía

- BARANGER, M., BESOUCHET, I, NIETO, M., RIBEIRO, I. (1969).
Sobre la enseñanza del Psicoanálisis. RUP., p. 243-248.
- BERNARDI, R. (2008). Letter from Uruguay. *Int. J. Psycho-Anal.*, 89:233-240.
- CANESTRI, J., BOHLEBER, W., DENIS, P. Y FONAGY, P. (2008). The map of private (implicit, preconscious) theories in clinical practice. *Psychoanalysis from Practice to Theory*.
- CANESTRI, J. Wiley. P. 29-43.
- TUCKET, D. (2008). *Psychoanalysis Comparable & Incomparable. The evolution of a Method to describe and Compare Psychoanalytic Approaches*, Routledge, London, p.132-166.
- SANDLER, J. (1983). Reflections on Some Relations Between Psychoanalytic Concepts and Psychoanalytic Practice. *Int. J. Psycho-Anal.*, 64:35-45.
- _____ (1992). Reflections on Developments in the Theory of Psychoanalytic Technique. *Int. J. Psycho-Anal.*, 73:189-198.
- SILVAN, M. (2005). Do we do what we think we do? Implicit theories in the analyst's mind. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 53:945-956.