

Respuesta de Owen Renik

Estoy muy agradecido a los Dres. Acevedo de Mendilaharsu y Bernardi. Ningún autor podría pedir una discusión entre colegas más instructiva. No me es posible, en un comentario breve, hacer justicia a los varios asuntos de interés tratados en estas dos buenas respuestas. Puedo tan sólo hacer uno o dos comentarios, y esperar tener la ocasión de continuar en un futuro con algo que considero una tensión creativa entre nuestros intereses comunes y nuestros diferentes énfasis.

Estoy completamente de acuerdo con la Dra. Acevedo de Mendilaharsu cuando indica que un autoanálisis continuado por parte del analista es un aspecto sumamente importante de nuestra labor; pero diría que al mismo tiempo debemos admitir las limitaciones inevitables del autoanálisis. (¡Después de todo, el viejo chiste de que la dificultad del autoanálisis radica en la contratransferencia encierra algo de verdad!). Pienso que es crucial que desarrollemos un método clínico que tome en cuenta que cada aspecto de la actividad clínica del analista está influido por motivaciones inconscientes, en modos, y a un punto tal, que no es posible que el analista pueda conocer. Creo que dejar de lado el equivocado ideal de neutralidad es un paso necesario para desarrollar ese método. Pienso además que la Dra. Mendilaharsu señala otro paso necesario cuando se pregunta sobre el inconsciente y su importancia en el trabajo clínico tal como lo veo yo. La perspectiva que propongo no descuida al inconsciente, pero no implica que tengamos la necesidad de rever o tal vez revisar nuestra concepción del inconsciente.

Encuentro que el enfoque del Dr. Bernardi, dejando de lado ideas recibidas y ubicándose en el lugar del autor para crear un espacio apropiado para la confrontación, es ejemplar. Nunca antes había oído de la posición apropiada para la escucha analítica expresada de modo tan lógico ¡y pienso citar al Dr. Bernardi frecuentemente! Cuando se concentra en el problema de cuánto debería comunicar el analista al paciente de su propia visión alternativa, y concluye correctamente que yo contestaría “tanto como le resulte útil al paciente”, el Dr. Bernardi señala, en mi opinión, el núcleo mismo del problema. ¿Cómo se define cuánto es bueno para el paciente? Tradicionalmente, esta cuestión es considerada como algo que el analista pondera en privado: una decisión técnica que es responsabilidad del analista. Yo creo que ello debería ser más bien el objeto de un juicio en común, una decisión tomada en conjunto por el paciente y el

analista, sin privilegiar la voz de ninguno de los dos en este proceso. En la sugerencia del Dr. Bernardi de estudiar el movimiento existente entre los momentos en los cuales paciente y analista trabajan como si fueran una mente sola, a los momentos en que trabajan como si fueran dos mentes, veo una entrada provechosa, fascinante y de enorme potencial, al tema de cómo desarrollar una técnica verdaderamente colaboradora que tome en cuenta las simetrías y las asimetrías de la pareja analítica al mismo tiempo.

Gracias nuevamente por interesarse en mi artículo, por ofrecerme una discusión tan estimulante y por darme la oportunidad de hacer algunos comentarios en respuesta.