

ENTREVISTA CON: CARLOS NEMIROVSKY

Por Raúl Naranjoⁱ

P: En tu libro, una de las primeras cosas que señalas en la obra es la importancia de situar aspectos personales al exponer y al relatar la teoría. Me recordaba a lo que Stolorow comenta en “Faces in a cloud” en el sentido de situar el contexto teórico desde un contexto personal. ¿Tú también consideras que es necesario conocer este contexto subjetivo del autor?



R: Mirá, cuando yo empecé leíamos teoría y veíamos pacientes. Y las teorías con las cuales nos formábamos en ese momento eran fundamentalmente Freud y un poco Klein, pero básicamente Freud. Y algo que me llamaba a mi la atención -quizá mas por esa cosa de rebeldía, porque había mucha gente que acataba eso- era que no coincidían muchos de los conceptos que Freud planteaba, con los pacientes que veíamos hoy. Esto me llevó a darle mucha importancia al contexto y a intentar leer cada artículo de Freud que nos mandaban a leer, ubicándome en el contexto y de paso aprender historia. Porque si uno toma a Freud desde 1900 al 1939, la historia europea es sumamente rica, pasan dos guerras, el nazismo, emigraciones, persecuciones de masas. Así que es, diría, imprescindible leer al autor con el contexto. Uno es hijo del contexto, de alguna manera lo refleja y las problemáticas que uno va observando tienen una vestimenta a la moda, digamos una vestimenta con los ropajes de hoy, no con los de ayer. Entonces necesariamente te ubica, te lleva a intentar entender el contexto. Por otro lado, la historia personal es la que nos permite la empatía con aspectos de los pacientes. Es muy importante conocerse la historia personal y conocer algo de la historia personal de quien habla. Porque las teorías las hacemos los humanos y somos hijos de nuestras series de complementarios. Así que para mi es absolutamente imprescindible, no se puede desgajar una cosa de la otra.

P: No surgen de la nada las teorías...

R: Claro no surgen de la nada. A mi me importa por ejemplo que Winnicott haya sido un hijo menor de dos hermanas mayores. Se nota mucho la

influencia, un padre un poco distante, pero modelo. O que Kohut haya sido también el señor Z contado por el mismo. Me parece interesante en cuanto a entender las perspectivas que después nos ofrecen esos autores y que está muy encajada en esa historia. Nos enriquece y además yo creo que es muy importante conocerla para entender desde donde está mirando el autor tal cosa, desde qué contexto geográfico, histórico y personal. Así como hacemos un diagnóstico de un paciente, que es el diagnóstico psicopatológico, contratransferencial, situacional, laboral, afectivo, familiar, etc. Se integran en una serie de cuestiones. Así que en ese sentido esto me interesó por eso.

P: Otro de los puntos que me parecían muy interesantes dentro de ese contexto personal que tu cuentas, es lo relativo al viraje personal. Cómo narras a raíz de un caso de una paciente y de tus dificultades en la supervisión, el no encajar lo que a través de la teoría y la supervisión se te transmitía con lo que tú estabas viviendo. Y como te decantas por lo que tú sientes que querías hacer con esta paciente mas que por lo que se suponía que debías hacer.

R: Mirá lo que pasa es que cuando yo le interpretaba las cosas que mi supervisor me decía -y yo en ese momento tenía treinta y pico años o sea que era muy joven para ser psicoanalista- no las sentía propias. Yo respetaba la experiencia que tenía el supervisor, pero en ese momento en Buenos Aires teníamos una o dos teorías posibles, o mirabas desde Freud o mirabas desde Klein, a veces Meltzer digamos como novedad. Entonces no las sentía propias, no me sentía sintonizado con lo que yo mismo decía, sentía que repetía. Y por otro lado no tenían resultado. Esta era una paciente, por ejemplo, que me llamaba muchas veces a mi casa particular y yo atendía suponte a la una de la mañana. Y ella me decía: "ah, este... le llamaba para escuchar su voz" Y yo decía "bueno...- claro yo la veía 4 veces por semana a esta paciente en esa época- bueno, nos vemos mañana entonces". No decía gran cosa y la paciente se tranquilizaba. El supervisor me decía que ella llamaba para interrumpir la escena primaria. Y yo eso no podía interpretarlo, porque nunca lo sentí así, no me parecía que fuera eso. Y además yo no tenía inconveniente en atenderla a pesar de que me despertara. Por supuesto que hay pacientes que a uno le sobrecargan y que quiere sacárselos de encima y que te molesta que te llamen. Pero esta paciente no me molestaba. Yo sentía que era una necesidad, entendía que ella me estaba llamando como amarrándose de una madera en el mar. Y esto me hizo pensar que no nos estábamos entendiendo con el supervisor. Ahí empecé a leer Winnicott, año 82 por ahí. Fue la guerra de las Malvinas y fue muy importante eso, porque hubo un sentimiento general de desazón, de desamparo, estábamos en pleno proceso militar que estaba cayendo pero todavía estaba, estábamos por un lado oprimidos y por otro lado desamparados. Ya nos habíamos enterado de los campos de concentración que había en Argentina. Había amigos míos que habían sido detenidos, desaparecidos y que después... bueno por ejemplo Valentín Barenblit

726

termina en Barcelona. Entonces en ese contexto cultural y social, esta paciente, desesperada, tenía un hijo próximo a hacer el servicio militar, se había separado hace poco... se agarraba de lo que tenía. Y yo entendía que era la desesperación la que la llevaba, la sensación de muerte, la sensación de que se terminaba el contacto con otros. Y que cuando me llamaba era porque ese contacto que habíamos establecido durante la sesión se iba agotando, se le terminaba la pila del Nemirovsky interno, le decía yo: "cuando se le termina la pila del Nemirovsky, entonces le llama y ahí está y aparece y se vuelve a recargar." Esta comprensión, que no interpretación, fue la que ayudó a esta paciente a salir de una crisis profunda. Mas el "estar" y el "acompañar" que el "explicar". Entonces ahí empecé a ver que necesitaba dialogar con autores que tuvieran esta perspectiva. Y ahí me puse en contacto con Winnicott, con un supervisor, Panceira, que era uno de los que trajo a Winnicott a Argentina. Y esto me habría enormemente el campo de comprensión de lo que yo hacía. Me daba cuenta que era muy importante todo lo que no se pone en los informes: el tono, el timbre, la forma de estar, el tipo de vínculo, de miradas, que el paciente sepa que nosotros estamos y que no nos da miedo hacerlo. Ahí me di cuenta también como la teoría puede ser un obstáculo para el acercamiento, porque uno puede explicar desde una teoría para alejarse del paciente. Y con estos pacientes, muchas veces uno no sabe que decir o no tiene mucho que decir, simplemente tiene que estar. Esto de "te acompaño en el sentimiento" que uno dice en el velorio, ¿no?. Cuando es verdadero, si uno acompaña es suficiente, no hace falta estar hablando...

Así que bueno el viraje me lo disparó el contacto muy intenso que tuve con esta paciente borderline, que fue un hito para mí. Porque era una paciente muy grave que se golpeaba la cabeza contra la pared y se mordía las manos hasta hacerse cicatrices, tuvo varios intentos de suicidio... Entonces era un compromiso muy importante el que yo asumía atendiéndola y tenía bastante temor. Y bueno, me cambió la perspectiva. A partir de ahí empecé a entender otras cuestiones.

P: Junto a este viraje personal tú también comentas había un viraje histórico también en el tipo de pacientes que planteas que se presentan a la consulta hoy en día. Mas de tipo deficitario...

R: Esto es claro. No podemos tener estadísticas, pero podemos correlacionar algunos datos. Evidentemente si uno toma como modelo Bergasse 19, la casa de Freud en Viena o las casas típicas del siglo XVII y XVIII, donde vivían los analistas y los pacientes después del siglo XIX, XX. En realidad la burguesía centroeuropea y el tipo de problemáticas que se daba en ese contexto, que es de donde el análisis surge y al cual se le aplica, hablaban de una familia muy encontrada entre sí, bastante endogámica. De hecho Freud, los pacientes que analiza son todos hijos de conocidos, conocidos de sus propias hijas... en fin, así nace el psicoanálisis. La familia de ese momento era una familia que favorecía los encuentros, las cuatro comidas

727

diarias, la configuración del plano de las casas, era favorecedora de encuentros. Lo opongo a la arquitectura actual que es favorecedora de aislamientos y de desencuentros. Hoy si tu me preguntas ¿acá quienes viven? Yo te puedo decir la vecina de enfrente pero mas no sé de este edificio. Y hace 20 años que tengo consulta yo acá. Entonces eso era difícil en la Viena o en la Centroeuropa de entonces y hay que pensar que las comunicaciones empiezan en ese momento a nivel social: el teléfono, la radio, el estilo del trabajo, no había o había muy pocos medios de transporte de manera que la gente trabajaba muy cerca de su casa o en su casa, la mujer solía no trabajar... el estilo familiar era muy distinto. De manera que no es de extrañar que ese tipo de familia produzca mas histerias que necesita de encuentros que esquizoides que se favorecen con los desencuentros y los aislamientos. Por otro lado la mujer no trabajaba y después de la guerra, la mujer se incorpora rápidamente al trabajo por la falta de hombres y por las circunstancias sociales que empiezan a aparecer. Eso hace que la familia que era nuclear hasta ese momento empieza a ser mucho mas dispersa. Saltando años aparece mucho mas la familia ensamblada hoy, mis hijos, tus hijos, los nuestros, etc. Es decir se dan otro tipo de fenómenos que no hay por qué cuestionarlos, nosotros vamos describiendo la historia y vemos que se generan otro tipo de problemáticas. Yo cuando veo alguna histórica conversiva en general es una paciente del interior, no es de los grandes centros urbanos. Evidentemente la cultura produce distinta patología, no tenemos por que asombrarnos. Las culturas producen distintas formas de pensar, ni mejores ni peores, diferentes. El hombre del campo no piensa igual que el hombre de la ciudad, y el que trabaja en la city no es igual que el que tiene un trabajo artesanal en la ciudad. No tienen la misma perspectiva y no crían los mismos hijos. De manera que yo tiendo a pensar que nuestro modo de vida favorece mucho mas los esquizoides, los border, y además tenemos mas instrumentos ahora para mirarlos, porque tenemos teorías que dan cuenta de eso. Freud no daba cuenta de ello, no trabajaba con los aspectos psicóticos, podía describirlos, pero no trabajaba con ellos. A partir de Klein y a partir del análisis infantil, que empezamos a conocer el análisis de los psicóticos empezamos a entender otros aspectos de la mente y eso nos permite acercarnos a los psicóticos, entendiendo el fenómeno primero de identificación proyectiva, Klein, y después, las necesidades que plantea Winnicott: holding, gambling, etc. ya como necesidades que aparecen hoy, para mi mas fuerte que nunca. Este no es un tema estadístico, es un intento de correlacionar historia con ideas, la historia de la familia en los últimos cien años con algunas ideas psicoanalíticas que han ido apareciendo. Las teorías van cambiando en la medida que el contexto va cambiando. Yo me acuerdo cuando yo entré a Apdeba (Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires), cuando era candidato, en el 78, un miembro dijo: “yo tengo puesta mi camiseta y ya saben para que lado pateo, de que equipo soy”. Lo entiendo en la época, en el momento, pero hoy, que alguien diga eso es grave. Creo que cuanto mas uno mira desde diferentes perspectivas, desde la lingüística, desde distintas teorías psicoanalíticas, mas enriquecido es el panorama que observa, tiene mas instrumentos.

P: Estos dos tipos de patología de los que muchas veces se habla, patologías de conflicto y de déficit... ¿habría para cada una de ellas un paradigma teórico también diferente? ¿Pueden convivir ambos paradigmas? ¿Aplicarlo a cada tipo de patología?

R: No hay pacientes totalmente deficitarios o pacientes totalmente conflictivos. Yo creo que en general nos encontramos con un "mix". Lo que si, a veces, al analista se le hace difícil elegir cual es el punto de urgencia donde debo intervenir con el paciente. Porque a veces no nos queda claro sino hasta después de la sesión cuanto tiene que ver con el déficit y cuanto tiene que ver con el conflicto. Muchas veces los conflictos enmascaran un déficit, muchas veces vemos rituales obsesivos o síntomas fóbicos enmascarando un déficit. Como dice una paciente mía: "yo prefiero sentir ira y pelarme con alguien a sentir ese vacío espantoso que he sentido algunas veces y que no lo soporto". Así que muchas veces, la acción, los síntomas tapan una cuestión de vacío y de déficit. Clínicamente el déficit aparece digamos como lo plantea Balint en "La falta básica", él lo describe muy bien. Pero es muy difícil saber, qué de nosotros está tomando el paciente. Nosotros cuando hablamos emitimos muchas formas de comunicarnos con el paciente, entonces lo que antes importaba que era el contenido hoy se relativiza en relación a aspectos que nutren un aspecto deficitario del paciente y que nosotros a veces no nos damos cuenta. Te cuento un ejemplo de hace poquito: un paciente que yo empecé a ver, tenía 19 años, venia de una familia caótica, con algunos trastornos de conducta, no podía adaptarse a la universidad que recién empezaba. Este paciente mejoró mucho, se fue encauzando, descubrió una vocación, se interesó. Es decir que había algunos indicadores de que el paciente estaba en mejor estado de salud: él se sentía mejor, yo percibía que su contenido era digamos mucho mas profundo que cuando llegó, había mas reflexión, mas capacidad de pensamiento, mas simbolización. Cuando estábamos por terminar el análisis, ya habíamos puesto una fecha, yo con mucha curiosidad le dije: "bueno pero a vos. ¿qué es lo que mas te modificó de lo que yo te he dicho?" Y él lo pensó un rato y me dice: " No, me parece que lo que mas modificó fueron tus silencios." O sea que hirió un poco a mi narcisismo, ¿no? (Risas) Y me explicó: "¿sabés por que? Porque cuando yo te contaba algo, vos te tomabas una pausa y me contestabas en un tono reflexivo, tranquilo, pero se ve que lo pensabas. Y eso para mi fue muy importante". Yo lo entendía esto en el contexto de la familia de la que este paciente provenía. Era una familia caótica donde había mucha acción y poco pensamiento, era muy difícil vivir en esa familia. Entonces lo que este paciente rescató de su análisis fue la posibilidad reflexiva y lo tomo como modelo seguramente a mi forma de funcionar en el análisis, puesto que yo no me di cuenta hasta que él no me lo dijo. Con eso te quiero decir: nosotros hablamos, pero no sabemos qué de nosotros toman. Y ahí yo creo que se fue rellenando un aspecto deficitario de él, que era la posibilidad de auto tranquilizarse para pensar. Entonces ahí, el

modelo del analista y no la interpretación del analista es lo que yo creo que jugó fundamentalmente para lograr ese cambio.

P: Justo esto que planteas enlazaba con lo siguiente que quería comentarte. Pones una cita de Joaquín Sabina en el libro: “No hay nostalgia mayor que añorar lo que nunca jamás sucedió”. Y sirve un poco para que introduzcas el concepto de edición. En un psicoanálisis en que siempre se ha enfatizado mucho la repetición, la transferencia, me sonaba muy interesante que planteases el psicoanálisis también como posibilidad de vivir cosas diferentes y no solo de repetir. ¿Qué influencia tendría esto en el concepto tradicional de transferencia?

Yo creo que cuando uno se instala en una relación de compromiso afectivo con el paciente, empiezan a aparecer cosas en ese vínculo, afectos. El paciente, si se siente instalado, es decir si uno crea un clima acogedor para una persona que viene a contar sus cosas, seguramente en esa relación aparecerán cosas que no son repeticiones... como en una pareja. Yo creo que cuanto mas enfermo está uno mas repite siempre lo mismo y siempre encuentra lo mismo. Quizá en la búsqueda de lo mismo está el intento del cambio como lo planteaba Freud inicialmente, no la repetición al servicio del impulso de muerte, sino la repetición para ver si encuentro algo distinto. Yo creo que en el análisis se editan relaciones, links entre afectos ideas situaciones nuevas vivenciales, porque hay una relación prologada, intensa comprometida e íntima. Entonces en la relación íntima donde hay un contacto intenso y donde hay tiempo para eso, seguramente aparecerán nuevas formas de relacionarse, nuevas formas de mirar. Habrá intentos repetitivos que estarán al lado de otros intentos novedosos que se instalarán. Entonces, yo creo que mas allá del problema teórico de que es la repetición, que se repite... y que se edita. Digamos que uno edita especialmente cuestiones que tienen que ver con algunas cosas que Winnicott llama “necesidades congeladas”, que aparecen cuando la relación da para eso. Si la relación no da será como tener relaciones sexuales con una prostituta, uno ya sabe lo que va a pasar, no hay nada nuevo en general y lo que hay de nuevo puede ser técnico, pero no afectivo. Pero cuando hay una relación íntima, comprometida, sin teorías intermedias que nos hagan defendernos, seguramente aparecerán nuevas formas de vincularse. Básicamente esa es la visión, la posibilidad de tener nuevas formas de vínculo.

P: Otro de los aspectos que me llamaban la atención en el libro, es el hecho que comentabas de que por un lado eres psiquiatra, por otro psicoanalista, la posibilidad de conjugar los diferentes aspectos de la salud mental, el psicoanálisis por otro lado, la psicoterapia por otro... También la necesidad y posibilidad de diferenciar todos estos elementos

R: Mirá yo creo que cuando yo doy un medicamento, que lo doy, porque hay pacientes que lo requieren, lo hago siempre como psicoanalista. Me baso en

730

la información que tengo desde como actúa el medicamento, pero al ser psicoanalista, dar un medicamento implica el comprender que ese medicamento es, solo una parte química, y que el resto está basado en el vínculo. Esto me permite tener cierta experiencia con algunos medicamentos, que por ejemplo yo utilizo en dosis bastante bajas. Muy distinto a si yo fuera solo psiquiatra. El “solo psiquiatra” que intenta hacer un diagnóstico siguiendo alguno de los manuales en uso y prescribiendo medicación que cree que corresponde necesita usar mayor cantidad de droga. Yo creo que si podemos ver la consulta en sus múltiples perspectivas vamos a ser mejores psiquiatras seguramente, si le aportamos una visión que, bueno hoy podemos llamar dinámica siguiendo a Gabbard y a Goldenberg en su momento. Yo me forme en psiquiatría dinámica, o sea la psiquiatría dinámica difiere de la psiquiatría convencional fundamentalmente en la escucha, es decir, nosotros nos comportábamos como “analistas” intentando escuchar cual era la problemática del paciente, después actuábamos como psiquiatras en todo caso. Pero ya ahí, el psiquiatra que éramos difería mucho del psiquiatra clásico, que solo se basaba en los síntomas. Para mi no era ninguna molestia ser psiquiatra y psicoanalista porque opero con herramientas cuando es necesario. Es decir, si tengo un paciente muy deprimido que no puede pensar, que está tan deprimido que no puede levantarse, yo le doy antidepresivos, lo mando a ser medicado pero con el objeto de acompañar la psicoterapia o el análisis que haga. Nunca el medicamento va a ser lo esencial de la cura. Si es así, es que estamos ante un paciente muy deteriorado, muy grave y que ya no, no podemos vincularnos con él.

P: Y eso parece que va acompañado de un enfoque también de la comprensión de la patología multicausal, de mayor complejidad...

R: Esto siempre nos abre el terreno. Si fuéramos psiquiatras convencionales estaríamos pensando: “bueno ¿qué explica esto?. Como ya no tengo el virus o la bacteria, bueno me voy a la genética, y entonces encontré el gen de la homosexualidad... ah ¡eso me lo explica!...”

Ese tipo de razonamientos de “lo uno” ya no son compatibles con ninguna ciencia. Desde el principio de incertidumbre de los años treinta y pico la ciencia opera en la multicausalidad. Las cosas humanas son complejas, no son simples

P: Con respecto a la técnica, hablas de la neutralidad mal entendida y su relación con lo traumático. En el sentido de retraumatización de fallos del pasado... ¿Sigue teniendo sentido hablar de neutralidad? y si es así, ¿Cómo deberíamos entenderla?

R: Sigue teniendo sentido si somos neutros en cuanto a los valores, es decir yo no tengo derecho a juzgar, en ese sentido si. Pero nosotros operamos con todo lo que somos. Yo prefiero un analista espontáneo a un analista neutro. Pero con la salvedad de que tiene que ser espontáneo pero haberse

731

formado, porque si no se lleva a que cualquier cosa vale. Y yo creo que vale la espontaneidad cuando uno tiene un background de conocimiento y cuando uno sabe que esa espontaneidad está dirigida a la cura. Y cuando puede intentar, aunque sea después, conceptualizar la espontaneidad. Yo creo que la espontaneidad, oponiéndola al concepto de neutralidad, es lo que permite que un paciente se entregue mas fácilmente que con un analista neutro. Y aun peor con la caricatura de neutro, con eso que nos han enseñado en su momento, cara de jugador de póker, etc. Yo creo que Freud fue mal entendido, en realidad Freud, leyendo los protocolos que él tenía escrito, nunca fue neutro como él lo decía. Creo que justamente lo que hay que rescatar es la posibilidad de pensar junto con el paciente, pero la neutralidad queda de lado como la podíamos entender hace unos años atrás. No queda de lado en término de los valores. Frente a ciertos valores yo tengo derecho de no atenderle, yo un torturador no le atendería. Pero no tengo porque juzgar valores religiosos o morales de otra persona

P: Hablas también en el libro sobre la influencia que han ido teniendo autores actuales tipo Mitchell, Stolorow, el psicoanálisis intersubjetivo, relacional. ¿Cuál sería la situación a nivel de la influencia de este enfoque, en Argentina, en el mundo hispanohablante en general, bajo tu punto de vista?

R: En Argentina es muy poca la influencia, no se lo conoce a Mitchell y menos a Stolorow y a otros autores, interesantes que hay desde Atwood a Orange, Jessica Benjamin... Son autores que no se los conoce prácticamente. Acá debemos ser 10 o 15 los que los conocemos en Buenos Aires y hay muchos psicoanalistas. Así que es una pena, pero que no los conozcan es parte del prejuicio antinorteamericano. Nosotros siempre miramos a Europa en la Argentina. En el arte, en la ciencia y en el psicoanálisis también. Y muy despreciativamente a Estados Unidos. A ustedes les pasa algo parecido. De manera que es parte del prejuicio esta cuestión. Pero cuando uno lee a estos autores, los puede articular muy bien con algunos autores ingleses como Bollas, como Winnicott... perfectamente. Al final hay una línea de continuidad, para mí, entre Winnicott y el análisis intersubjetivo. Pero lamentablemente falta mucho para que lamentablemente se les pueda conocer y discutir. Estamos siempre muy atrasados. Parte del atraso es que cuando un analista se instala con una teoría, se siente seguro y no la quiere abandonar. Y justamente, la disciplina nuestra consiste en ir abandonando teorías para quedarnos con el paciente. ¡Con el paciente nos tenemos que quedar, no con la teoría! Entonces, bueno esa es la desgracia que tenemos, estamos siempre retrasados.

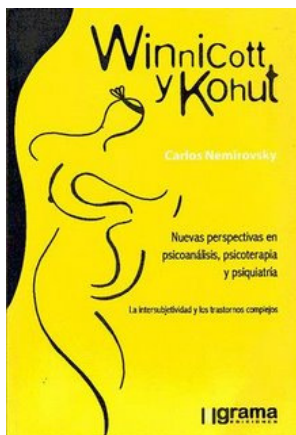
Pues muchísimas gracias Carlos, ha sido un placer...

Para mí también

Buenos Aires, Agosto 2007.



Carlos Nemirovsky, junto a su mujer, María Alejandra Rey, en el último congreso IPA en Chicago (2009).



Nemirovsky, Carlos: *Winnicott y Kohut: Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría: la intersubjetividad y los trastornos complejos*. Buenos Aires, Grama ediciones, 2007

Próximamente ... Entrevista con Jeremy Safran

¹ Naranjo, R. (2009). Entrevista a Carlos Nemirovsky. *Clínica e Investigación Relacional*, 3 (3): 725-733.