



ACERCA DEL ATENDER, DEL ESCUCHAR Y DEL DECIR LA DIALÉCTICA DE LA IDENTIDAD Y EL CAMBIO

Dr. Pedro Jorge Boschan¹
Buenos Aires, R. Argentina

A través del comentario de dos relatos clínicos, el autor expone las implicaciones de la escucha psicoanalítica y del decir del paciente, un ámbito de exposición que implica disposición al cambio, frente a las amenazas que conlleva para el sentimiento de identidad del analista, y los fenómenos de ruptura y desconexión que defienden su identidad frente a las posibilidades de cambio, negando la alteridad y la propia finitud.

Palabras clave: Escucha psicoanalítica, Identidad. Cambio.

The author exposes the implications of psychoanalytical listening of the patient's talk through a comment of two clinical reports, a field of exposure that implies a disposition for a change, as opposed to the threats that it entails for the analyst's sense of identity; and the phenomena of rupture and disconnection that defend his or her identity, as opposed to the possibility for change, denying the alterity and one's own finiteness.

Key Words: Psychoanalytic Hearing, Identity, Change.

English Title: On Attend, Hear and Say. Dialectics of Identity and Change.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Boschan, P.J.. (2008). Acerca del atender, del escuchar y del decir. La dialéctica de la identidad y el cambio. *Clínica e Investigación Relacional*, 2 (1): 94-104. [ISSN 1988-2939] [<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen21Mayo2008/tabid/355/anguage/es-ES/Default.aspx>]

Platón cuenta en el *Timeo* cómo el Demiurgo, después de haber formado en un cráter una mezcla de lo Mismo y lo Otro -Lo que quiere decir en este caso, de lo permanente y lo cambiante, forma con ello el Alma del Mundo, que perdura y es "Ovil a la vez...
A. Koyré

Hace algunos años, al observar que ciertas modalidades de transferencia evocaban perturbaciones en la capacidad de mantener una adecuada atención flotante (y en casos extremos, aun de atención a secas), me llevaron a investigar la relación entre estas alteraciones de la atención, los funcionamientos narcisistas, y el sentimiento de identidad del analista (Boschan 1986, 1989). En estos trabajos propuse una conceptualización de los procesos mentales involucrados en el trabajo interpretativo, los factores de distinto origen que podían afectar estos procesos, y lo que implicaba para el analista este brindar la mente para atender a un otro, en términos de exigencia y de riesgo, así como de posibilidad de cambio y de crecimiento mental.

Etimológicamente, atender proviene de *ad*, a, y *tendere*: extender o extenderse. ¿"Extender a..." "tender hacia..."? ¿extenderse a sí mismo, la propia mente, para abarcar a un otro? En inglés, uno de los significados es "to mind", significando: "fijar la mente en el sujeto" (Appleton, N.Y. Century Croft 1967); tiene, entre varias otras acepciones, las de "esperar, cuidar, quedarse disponible para... ". En castellano, (Espasa Calpe 1977) "aplicar voluntariamente el entendimiento a un objeto espiritual sensible"; también "mirar o cuidar de alguna persona o cosa". Por otra parte alteridad, alteración y alternativa tienen la misma raíz etimológica: alter= otro.

Estas consideraciones etimológicas "tienden a" enfatizar que en el atender a un otro reconocido como tal implica hacerle lugar en nuestra mente, incluirlo transitoria ("en tránsito") o más definitivamente en ella, y que este brindar nuestra mente implica inevitablemente una disposición al propio cambio. El grado en que esta potencialidad de cambio en cada uno resulta tolerable, dependerá del nivel de certeza en poder conservar o recuperar nuestra mismidad a través del pensar. A su vez, esta certeza, siempre relativa, depende del interjuego dialéctico entre los " puntos de certeza identificatorios (Aulagnier, P. 1975) y la calidad y magnitud de cambio que nos exige el poder continental mentalmente aquello que proviene del contacto con el otro. En este sentido son evidentes ciertas similitudes entre la atención flotante del analista, la "preocupación maternal primaria" de Winnicott (1956) y la función de *reverie* de Bion (1970).

Veremos luego cómo en el pensar del analista tendiente a la formulación de la interpretación, no solo tiene por función informar al paciente sobre lo que creemos haber comprendido acerca de su funcionamiento inconciente. También implica la necesidad de discriminarse, al interpretar, de ese otro a quien hemos brindado nuestra mente; y esto juega un papel fundamental y terapéutico. Esto corresponde al segundo tiempo de la interpretación mutativa de Strachey (1934)_ quien ya entonces señaló "la muy especial dificultad interna que debe superar el analista para formular estas interpretaciones" (pág 290)(subrayado mío).

Así el contacto mental con cada paciente, en cada sesión, nos expone necesariamente al cambio. Este será mínimo, mejor tolerado y muchas veces imperceptible (aunque nunca inexistente) aun en los análisis mas "tranquilos", de pacientes relativamente neuróticos que se atienen al encuadre, que asocian, traen sueños, actúan poco y nos permiten ayudarlos a analizarse sin mayores "sobresaltos". Aun en estas situaciones, nos encontramos forjándonos fantasías inéditas, recurriendo a formas expresivas que no nos son habituales para "llegar" mejor, para proveer una imagen lingüística que permita una mejor asimilación de lo que decimos. Estos cambios se notan mejor, cuando uno compara su manera de trabajar con un mismo paciente a lo largo de muchos años.

Estos análisis "tranquilos" constituyen una proporción cada vez menor de nuestra consulta; la restricción en la demanda de análisis, y el descubrimiento de nuevas potencialidades del mismo, llevó a extender la indicación de análisis a personas que por sus características personales, psicopatológicas o contextuales, requieren del analista una participación emocional en el vínculo que hace imposible mantener la idea del "analista-espejo", y nos llevan darnos cuenta que la circulación de eventos emocionales en la sesión transcurre también dentro de la mente del analista. Así, el concepto de analista-espejo propuesto por Freud en sus escritos técnicos (basados mayormente en tratamientos relativamente cortos de neurosis sintomáticas), ha ido evolucionando hacia una concepción mas "tridimensional" del psicoanálisis (Grinberg, L. 1982).

La cambiante comprensión acerca del inconsciente y la transferencia se acompañaron de cambios correlativos en el modo de analizar, y a la vez de nuestro conocimiento acerca de como analizamos. ¿Con qué de nosotros participamos en cada sesión, además de nuestra comprensión? ¿Qué es lo que escuchamos, con que de nosotros lo escuchamos, que es lo que comprendemos y como lo comprendemos? Según que nuestra respuesta a estas preguntas sea una fantasía inconsciente, una configuración vincular, un discurso, vicisitudes de la libido, etc., cada opción implica diferencias en la manera de entender el psicoanálisis y al paciente, distintas maneras de entender e interpretar (o no) la transferencia, distintos procesos analíticos.

Los cambios en el pensamiento psicoanalítico acerca de qué y cómo se analiza, evidencian las modificaciones producidas por la exposición a otras mentes, a otras situaciones contextuales y eventuales. Por momentos los cambios nos despiertan dudas angustiosas acerca de cuales y cuánto de estos cambios permiten preservar la mismidad del Psicoanálisis en tanto tal, y en que punto sentimos la amenaza de que pierda su identidad. ¿Cuándo lo cuantitativo se transforma en cualitativo? Suponer que el psicoanálisis es el mismo de la época de los escritos técnicos, o aun el de diez años atrás, se asienta en una ilusión narcisista de inmutabilidad: del mismo modo que lo es la ilusión de que cada uno de nosotros como analista, puede no experimentar ningún cambio con cada paciente en cada sesión. Basta releer con cuidado sesiones aún de poco tiempo atrás para detectar cambios en nuestro modo de trabajar, de pensar, es decir de entender el análisis; cambios que pueden ser imperceptibles en algunos casos y muy evidentes en otros.

Hubo también enormes cambios en el modo en que se piensa el lugar del analista: de ser considerado como un sujeto "prácticamente sano" (S. Freud 1912) a quien le bastaban unas pocas semanas de análisis para adquirir la "convicción del inconsciente", y que quedaba en un plano claramente diferenciado de esos otros sujetos que eran los "enfermos", a nuestra concepción (o concepciones) actuales, mas modestas en cuanto a estas asimetrías

en salud mental entre analista y paciente, y en que nuestros conflictos y vulnerabilidades son reconocidos y a veces capitalizados instrumentalmente para la comprensión.

Estos cambios asientan en un mucho mayor conocimiento del Inconciente y de la subjetividad, a lo largo de la experiencia acumulativa de muchos miles de análisis. Esta experiencia llevó a modificar (parcialmente) una importante e inevitable idealización que los pioneros del psicoanálisis tenían acerca de su propia salud mental. Ello no podía ser de otro modo; para enfrentarse con la comprensión del inconciente, estos primeros analistas contaban con poco o ningún análisis personal; autoanálisis en algunos casos, otros con análisis muy breves e intelectuales, sin conciencia ni protección frente a lo que implicaban las transferencias cruzadas, y la estrecha coexistencia de relaciones analíticas, personales y profesionales. Se usaban con libertad los conocimientos analíticos en el trato personal, se analizaba a los propios hijos (Freud, Klein), a las parejas legales o ilegales de los colegas con los que se discutían libremente los progresos de estos análisis (Grosskurth 1991), sin conciencia de los efectos adversos de lo que podríamos llamar el "incesto fundacional". La contrapartida era una fuerte idealización de la propia salud mental así como la de los otros colegas que constituían el movimiento psicoanalítico. Que alguien estuviera "incompletamente analizado", no habiendo "elaborado adecuadamente el complejo paterno" (correspondencia Freud-Abraham, 1965) constituía una descalificación, habitualmente reservada los que expresaban disensiones teóricas.

La idea del no cambio, de que el analista sigue siendo igual a sí mismo a lo largo de su tarea analítica, forman parte de la idealización de la propia estabilidad mental, reforzada sin duda por la breve duración de los análisis; recordemos que en su trabajo de 1937, Freud seguía sosteniendo que sí en las ocho semanas del análisis de Ferenczi no se había evidenciado la transferencia negativa, ello se debía a que la misma no existía; ni se plantea la hipótesis de que la brevedad del tratamiento, las características particulares del vínculo entre ellos, entre muchos otros factores, pudo haber sido un impedimento para su exteriorización o su detección.

De a poco, al irse tomando conciencia de los efectos negativos de esta situación "incestuosa" en el psicoanálisis, comenzó a resaltarse (y hasta cierto punto a cumplirse) la necesidad de un encuadre aséptico. La idea de imperturbabilidad analítica es un correlato de este cambio, y a mi entender, un deseo de "blanquear" retrospectivamente aquellas situaciones, evitándoselas a las nuevas generaciones de analistas.

Esta idea de asepsia, en el sentido de evitar estas contaminaciones y actuaciones de no involucrarse con el paciente como tantas veces ocurría, se fue transformando en la idea de no participación emocional del analista en el vínculo, constituyéndose así en una resistencia institucional del psicoanálisis. Los análisis se hicieron impersonales y excesivamente intelectualizados, normalizados, con pérdida de fe y escepticismo terapéutico como lo señala Ferenczi (1925), con un cierto "fanatismo de la interpretación" ... habiéndose "olvidado en provecho de la traducción justa del detalle, que el todo, es decir el conjunto de la situación analítica ... posee también una significación, e incluso la más importante".

Aunque las alternativas que propone para revertir esta situación hoy no nos parecen adecuadas, el hecho que señalaba es significativo. Esto permite comprender las violentas reacciones que produjeron los trabajos del propio Ferenczi, Little, Heimann y Racker que al proponer la utilización instrumental de la contratransferencia, infringían el mito de la

imperturbabilidad necesaria del analista, mito consustancial con la negación de los cambios en el mismo. A mi entender, este mito y esta negación se sustentan en la represión de la intersubjetividad. Así debemos entender que la advertencia de Freud en *Análisis Terminable e Interminable*: ["... un número de analistas aprenden a usar mecanismos defensivos que les permiten desviar las implicaciones y demandas del análisis de ellos mismos (probablemente desviándolas hacia otras personas) para poder de ese modo mantenerse como son.... "] (p. 249, *itálicas mías*), no parece haber sido en vano.

A través de estas modificaciones, cambia la idea de escucha; el analista no solo escucha un texto, también atiende a un contexto, atender en el que sus propias emociones, su propio cuerpo juegan un papel fundamental (Baranger, W., 1982). Esto implica una mayor conciencia de los alcances de nuestra permeabilidad mental al atender, y la dependencia mutua que ello involucra.

También los sentidos del interpretar se modifican: además de comunicar al paciente un mensaje verbal acerca de lo que creemos comprender de sus contenidos inconcientes, la interpretación implica una tarea de contención y de transformación (de traducción a otros niveles, dirá Freud en la carta 52) de los derivados que el analista recepciona por distintos canales como vehiculizadores de dichos procesos. También implica una acción verbal discriminadora, con la que el analista restablece la discriminación con respecto al objeto arcaico que le impone la transferencia. En situaciones de patología del proceso, puede actuar imponiendo a la mente del otro, un discurso identificante comparable a la violencia secundaria de P. Aulagnier, o como diríamos en otro lenguaje, identificando al paciente con los aspectos psicóticos que circulan por el vínculo. En su libro póstumo, pleno de la sabiduría clínica acumulada, H. Rosenfeld (1987) señala: "Por ejemplo, si el analista interpreta las críticas del paciente (válidas aunque pasibles de una visión distorsionada) como ataques sádicos, ellos a menudo tienen sentimientos culposos acerca de su propia capacidad de comprender...". Esto concuerda con lo que ya señalaba Ferenczi en 1925. Rosenfeld señala otra importantísima función de la interpretación: "...refleja el estado mental del analista, en particular su capacidad de mantenerse calmo y apacible y de focalizar en los aspectos centrales de las ansiedades y preocupaciones del paciente".

Pero que ocurre con nuestra capacidad de atender (y por ende de interpretar) en circunstancias que interfieren con nuestra posibilidad de mantenernos calmos y apacibles? ¿Cómo analizábamos en las épocas de violencia del Estado, o en momentos de caos o crisis graves, sean de orden social, familiar o personal? ¿Qué efectos tienen las disociaciones de nuestro atender a que esto nos obliga? ¿Cómo registran nuestros pacientes estas disociaciones de la escucha, y como registramos y procesamos lo que nos dicen al respecto? Creo que son temas que necesitan ser investigados en profundidad; pero sólo pueden serlo a partir de la admisión que estos fenómenos nos ocurren, que no son eventos accidentales ni aislados. Una observación personal al respecto: creo que en situaciones de este tipo el analista tiende a formular interpretaciones que tienen ciertas: tiende a aumentar la proporción de interpretaciones rutinarias sobre las más creativas y originales (es decir, privilegia lo familiar frente a lo desconocido) y cada interpretación tiende a abarcar menos material, a interpretar fragmentos más pequeños con menor posibilidad de integración; ambas características de la interpretación tienden a empobrecer la cualidad del vínculo. Piera Aulagnier dice al respecto: "Cada vez que el analista se encuentre en la imposibilidad de investir un deseo relativo a la meta propuesta, lo que supone inevitablemente una desinvertidura de su función y de su proyecto, asistiremos, en el mejor

de los casos, a interpretaciones puntuales, estereotipadas que no tendrán otro efecto que preservar, bien o mal, la relación y la ilusión transferencial. Esta dificultad se intensifica cuando el analista se encuentra en la situación de tener que re-investir una representación des-investida por el paciente (el vacío), en general conjuntamente con la des-investigación del proceso de pensar; en estas situaciones, la posibilidad de verse involucrado en un "estado informe" (Green 1975) o de desmentalización, que se manifiestan como perturbaciones de la atención son mucho mayores.

También estas dificultades de la escucha afectan otra función que el analista aporta al atender: la continuidad mental de la experiencia. Cuando el analista falla en aportar esta continuidad, sea por problemas propios, identificación excesiva con las disociaciones temporales del paciente, o condiciones de trabajo que interfieren con esta posibilidad, (número insuficiente de sesiones, exceso en la cantidad total de horas trabajadas), el atender evoca ansiedades muchas veces muy intensas cuya disociación lleva a la indiferencia. Una impresión que se tiene a través de las supervisiones, y del análisis de analistas, es que un contacto con poca continuidad emocional no protege contra el involucramiento transferencial, pero crea una ilusión narcisista de que es así; en realidad lo que se impide es el procesamiento mental por parte del analista de los efectos de este modo de relacionarse, que queda disociado.

¿Pero que ocurre con estos aspectos escindidos en aras de mantener la ilusión de imperturbabilidad, del no cambio, sea esta ilusión sustentada a nivel individual o institucional? Este es uno de los puntos centrales que debiéramos investigar mas sistemáticamente. Se tiene la impresión que estos efectos pueden manifestarse de distintos modos: pueden transformarse en rasgos de carácter, en pérdida de la convicción analítica, o en la idealización desmesurada del análisis, de algunas teorías, y de nuestra propia salud mental (a la manera de lo descrito en los tiempos fundacionales); todos estos destinos exigen encontrar depositarios para los aspectos escindidos para poder mantener esta idealización. Otras manifestaciones frecuentes son actuaciones o somatizaciones. Esto no es sorprendente; en "Análisis terminable e interminable" Freud ya señaló que así como en el radiólogo hay un efecto acumulativo de las radiaciones (particularmente si el radiólogo no las detecta, diríamos hoy), "...no sería sorprendente que el hecho de ocuparse constantemente de todo lo reprimido que en el alma humana pugna por liberarse, conmoviera y despertara también en el analista todas aquellas exigencias pulsionales que de ordinario él es capaz de mantener en sofocación. También estos son peligros del análisis que no amenazan al copartícipe pasivo, sino al copartícipe activo de la situación analítica, y no se debiera dejar de salirles al paso" (AS., 23 pp..250-51).

A los efectos de ilustrar estos mecanismos, quisiera presentar dos fragmentos clínicos. En la primera de ellos, procedente de una supervisión, se puede apreciar como la disociación de la atención de la analista (en este caso por motivos circunstanciales) es detectada y disociada por la paciente, y no incluida por la analista en su dimensión transferencial; en el segundo caso, se puede observar como la evolución analítica lleva progresivamente a la transformación de un trastorno de la escucha de origen contratransferencial en la posibilidad de pensamiento simbólico vinculado a la ausencia.

10

MATERIAL CLÍNICO

Este material proviene de una supervisión. Agradezco a la Lic. L.T. de V por brindarme el material, y por su autorización para utilizarlo en esta presentación.

La paciente es una joven de aproximadamente 24 años, que vive con la madre.

La analista me comenta al iniciar la supervisión que el día que ocurre esta sesión, tenía un inconveniente grave con la instalación eléctrica del consultorio; estuvo muy pendiente en toda la mañana de ese día de que pudiera repetirse un cortocircuito que se había arreglado precariamente.

P: Me levanté temprano. Mamá se levantó al rato, desayunamos juntas. No cambiamos ni una sola palabra. Tenía una cara de orto!

Dramatiza el dialogo (Cosa infrecuente en ella):

P: Te pasa algo?

Madre: no

Tenés sueño?

Sí, tenés ojeras

P: Eso fue todo el intercambio .Tenía una cara de orto!. Ayer cuando salí de aquí tenía que encontrarme con A (el novio). No estaba. El broche de oro! Lo esperé media hora. Me la agarré con él. Después no, porque me di cuenta que ese no es el problema. Por suerte se acordó que era nuestro aniversario, me trajo un regalito. Hoy empecé a trabajar, lo de ayer fue un malentendido. Estoy tranquila, quiero seguir así hasta la noche, que nada perturbe esto. Hoy quiero comer afuera, al aire libre.

Descubre la cortina del consultorio "Me distraigo contando las flores, comparándolas, son todas iguales, pero las cuento. Antes me distraía con el pajarito. No quiero pensar".

A-1: Parece que el pensar te lleva a una mamá con cara de orto, que no puede interesarse por vos, un novio que no te está esperando; pero que también se acuerda de vos, te tiene en su mente

P: Sí.

A-2: Por un lado hay un deseo de pensar en lo que sentís, lo que te pasa; al mismo tiempo una tendencia a estar afuera, al aire libre, desconectada.

P: Lo que pasa que yo sola veo fantasmas hasta donde no los hay. Me hago el rollo. Me resulta difícil, para decirlo mejor, me resulta mas fácil profundizar un problema cuando es....

A-3: Cuando se hace crítico, cuando alcanzo el punto máximo.

P: Sí, cuando no es tan así prefiero no pensar.

COMENTARIO:

En esta sesión, cuyo relato es precedido por el comentario del analista acerca de una situación grave que la preocupaba mientras la sesión transcurría, la paciente relata vínculos en que hay un objeto desatento, dormido como la madre, ausente como el novio, un malentendido en el día anterior en el trabajo; estos vínculos son correctamente descritos por la analista en la primera interpretación, así como la escisión presente en uno de ellos; sin embargo, no lo relaciona con su propio estado de disociación en ese momento, en que simultáneamente la está escuchando, y está pendiente del problema eléctrico ("cortocircuito"). Esta disociación le es interpretada a la paciente (A-2).

La paciente desmiente su propia percepción: "yo sola veo fantasmas, me hago el rollo". Esta desmentida está facilitada por la necesidad de la analista de no verse como una "madre desatenta", y la necesidad de la paciente de no pensar, de no registrar esta situación de desatención para no entrar en conflicto con la analista. La paciente esta habituada a estar con una persona disociada, que no la escucha con atención, y desarrolló a lo largo de su vida una capacidad intuitiva muy aguda para detectarlo, y la posibilidad de desmentir esta percepción. La interpretación (A-2) de la analista ubica esta situación disociada únicamente en la paciente o sus objetos; la analista percibe la calidad del vínculo, pero un obstáculo contratransferencial le impide registrar que ella está siendo ese objeto de la que la paciente habla.

Esta viñeta ilustra a mi entender, que es muy difícil que en un vínculo significativo, una persona no perciba la disociación de la atención del otro, aunque esta percepción puede estar frecuentemente desmentida; el analista solo puede registrarla e interpretarla, cuando está dispuesto a hacerse cargo de sus propios momentos de desatención, sean estos originados en el paciente, en una situación exterior (cortocircuito, la amenaza de algo que interfiere con nuestra fantasía de inmutabilidad, estabilidad y confiabilidad de nuestro consultorio) o como es lo más habitual, en un interjuego de ambas.

Esto es más complicado aún, por la dificultad en discriminar si la disociación es de la analista (por los problemas de "electricidad"), o de la paciente; justamente cuesta, porque en este tipo de vínculos es muy difícil restablecer la discriminación sujeto-objeto, y ambos quedan "enganchados" o "empalmados" por sus propias disociaciones. Cuando estos estados de desatención, en vez de ser episódicos como en este ejemplo, son una característica reiterada del vínculo analítico, puede tener distintas vicisitudes:

- a. Sí el analista niega estos momentos de desencuentro, de desatención, entra en una situación de omnipotencia " a mí no me pasa nunca, yo siempre estoy atento", obligando al paciente a hacerse cargo de los mismos, o a desmentir su percepción de la desatención del otro. Otro recurso defensivo contratransferencial es atribuirlo sistemáticamente a una contraidentificación, negando la participación de los propios conflictos del analista en aras de una supuesta inmutabilidad narcisista.
- b. En situaciones extremas (y perversas), el analista se puede ubicar en una posición inconciente según el cual da lo mismo atender que no atender, la escucha que la no escucha "igual el paciente ni se entera". Esto lleva al máximo deterioro de la labor analítica y de los que participan en ella. Incidentalmente, la "seudo-escucha" también puede instaurarse a niveles institucionales, no sólo individuales, con efectos igualmente deteriorantes.
- c. Finalmente la detección y análisis de este tipo de situaciones, permite incorporar y analizar aspectos esenciales del sujeto y sus vínculos, muchas veces tener acceso a los núcleos autísticos que de otro modo resultan inabordables, y enriquecer nuestro instrumento analítico.

MATERIAL CLÍNICO II

Paciente de 52 años que durante largos períodos de su análisis inicia la sesión con un largo silencio, durante el cual se esforzaba en empezar a hablar; su discurso tiene luego un carácter forzado, produciéndose en mí una somnolencia inusitada que me imposibilita

pensar o mantenerme atento a su relato; oigo fragmentos aislados de su discurso que no puedo entender ni retener. Estas manifestaciones contratransferenciales sólo se producían ante el discurso forzado de la paciente, nunca en los largos periodos de silencio.

En un momento dado, en uno de estos períodos de sopor, yo pienso "no puedo entender nada de lo que dice, no me puedo conectar"; en ese momento vuelvo a escuchar a la paciente diciendo: "no se que me pasa, no me doy cuenta". Le interpreto que a veces le pasan cosas que no sabe que son, que no puede pensar ni entender; mientras que al mismo tiempo puede hablar de otras como si salieran de otra parte; que hay cosas que no pueden ser pensadas.

A pesar de un marcado cambio en mi propio estado mental después de formular esta interpretación, que me pareció un buen indicio de que esta pudiera ser adecuada, la respuesta fue un "puede ser" cortés y displicente; relatando luego que a raíz de la enfermedad del esposo, un importante hombre de negocios, ella se ocupó de aconsejar a una amiga sobre inversiones. El esposo se sorprendió mucho cuanto sabía ella del tema del que nunca habían hablado; ella comenta que son cosas que había oído en las conversaciones que su esposo mantenía con otros, mientras ella "estaba en babia".

Al señalarle que quizás hacía lo mismo con muchas de mis interpretaciones, comenta que se olvida de todo al salir de la sesión; semanas después se daba cuenta de algo "ella sola", y lo relacionaba retrospectivamente con algo que yo le había dicho.

Vemos aquí que en un primer momento, el vínculo tiene las características descritas por Liberman como Autismo transferencial; esto afecta mi propia capacidad de pensar y entender, evocando en mí lo que Green denomina "estado informe" o Meltzer "desmentalización", con una sensación angustiosa. Otro modo de pensarlo sería como una desinversión de mis propios procesos de pensar y de atender, al hacerme cargo de una "transferencia vacía". Al poder pensar sobre este estado, y captar su relación con lo que está diciendo la paciente en ese momento, puedo formular una interpretación; esto se acompaña de un cambio en mi propia situación anímica que apunta a confirmar el origen del estado mental previo. Hasta ese momento, yo experimentaba ese estado mental como mío; me estaba sucediendo a mí. El pensamiento que me permite reconocerlo como proveniente de un estado de indiscriminación con la paciente y la interpretación que le formulo, permite restablecer la discriminación YO/NO YO.

La respuesta a esta interpretación es displicente; se produjo sin embargo un cambio en la configuración transferencial-contratransferencial que permite la escucha, comprensión e interpretación del material que sigue, basado predominantemente en el contenido del discurso, y la comprensión de un estado de frustración por la displicencia de la respuesta. El contenido de este material se refiere a como se apropia en secreto de un atributo idealizado del otro, y sólo se permite recibirlo como proveniente de su propio yo; (apropiación narcisista).

Tres años más tarde, en una sesión después de un fin de semana largo, habla de lo desatendida que se sentía por su propia familia, a pesar de darse cuenta que en realidad esto no era así, que la querían y la cuidaban. En un momento de la sesión se interrumpe y queda un largo rato en silencio. A mi pregunta, comenta que tuvo la idea de que yo me había quedado dormido, y que entonces ella no iba a poder contarme sus cosas, que se

iban a perder. Lo asocia con situaciones en las que ella se hace la dormida o distraída, para rehuir contacto con otras personas cuando las siente invasoras.

Mas allá del contenido específico de estas fantasías, quiero ilustrar con esta secuencia el cambio en el modo en que ellas se manifiestan en el vínculo analítico. El mismo tema (la vivencia de estar con un objeto no conectado con ella, que no capta sus necesidades ni sus contenidos mentales que habrían de perderse por vía de su desinvertidura), aparece en la primera secuencia de material como una vivencia contratransferencial de desmentalización; el analista entra en un estado de indiscriminación y sólo pudo diferenciarse al recuperar su capacidad de pensar. En otro momento del proceso el mismo contenido aparece como una ocurrencia transferencial de la paciente, relatada verbalmente, y pensable por el analista con un mínimo compromiso contratransferencial. También se ve claramente la relación entre el trastorno de la atención o conexión y el temor a la intrusión mental desorganizante.

En estos dos fragmentos trato de mostrar la compleja relación entre los trastornos de la atención, y las alteraciones en el vínculo, tanto con uno mismo como con el otro reconocido como tal ; como la desatención está al servicio de una ilusión narcisista de inmutabilidad, que se opone al cambio inevitable que surge del contacto con un otro.

COMENTARIOS FINALES

El constante cambio a que nos expone el atender psicoanalítico es un proceso de crecimiento y enriquecimiento constante, tanto a nivel individual como del movimiento psicoanalítico todo. A su vez, esta exposición implica una disposición al cambio; cambio que en determinadas condiciones puede resultar demasiado amenazante para nuestro sentido de identidad. En ese caso, pueden producirse fenómenos tendientes a interrumpir el contacto, o a desmentir los efectos que este produce; en última instancia, a negar la alteridad en aras de una ilusión de inmutabilidad que remite a la no aceptación de la propia finitud. La posibilidad de reflexión compartida en torno a estos fenómenos, quizás aporte un cambio en nuestro pensar psicoanalítico. Nos ocurre como a Galileo, quien a pesar de ser obligado a abjurar ante la Inquisición de su teoría que cuestionaba la fijeza de la Tierra como el centro del Universo, vuelve a la fidelidad de sus propias convicciones con un "eppur si muove".

REFERENCIAS

- Abraham H. y Freud, E.(eds.). (1965). *A psychoanalytic dialogue. The letters of Sigmund Freud and Karl Abraham*. New York: Basic Books. Citado por Grosskurth.
- Aulagnier, P. (1976). El trabajo de la interpretación. La función del placer en el trabajo analítico. En *Cuerpo, Historia, Interpretación*. Paidós.
- Aulagnier, P. (1984). *El aprendiz de historiador y el maestro brujo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Baranger W. (1982). Los afectos en la contratransferencia. Introducción a panel, *XIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis*, Buenos Aires.
- Bion, W.R. (1970). *Attention and interpretation*. London: Tavistock
- Boschan P.J. (1986). Dependencia y resistencias narcisísticas en el proceso psicoanalítico. *Rev. de Psicoanálisis*, 43:4 871.
- Boschan P.J. (1989). Attention, interpretation, identity and narcissism. *Int.J. Psycho-Anal.*, 70, 255.

- Castoriadis-Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ferenczi, S. (1924). Perspectivas del Psicoanálisis. En *Psicoanálisis*, T. III. Madrid: Espasa-Calpe, 1981.
- Freud, S. (1912). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. S.E., 12.
- Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. S.E., 23.
- Green, A. (1975). El analista, la simbolización y la ausencia en el encuadre analítico. *Rev. Psicoanálisis*, 23:1 65.
- Grinberg, L. (1982). Los afectos en la contratransferencia. Introducción a Panel, XIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, Buenos Aires.
- Grosskurth, P. (1991). *The secret ring. Freud's inner circle and the politics of psychoanalysis*. Londres: J.Cape
- Koyré, A. (1944). Aristotelismo y platonismo en la Filosofía de la Edad Media. En *Estudios de historia del pensamiento científico*. Siglo XXI, México.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse and interpretation*. Londres: Tavistock,.
- Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *Int.J.Psycho-Anal.*, 15 127.
- Winnicott, D.W. (1956). Preocupación maternal primaria. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia.

NOTAS

¹ Pedro Jorge Boschan es Médico-Psiquiatra y Psicoanalista. Trabaja en Buenos Aires, República Argentina. Dirección de contacto: pedroboschan@yahoo.com