

LA INTERPRETACIÓN: VIOLENCIA Y EXPERIENCIA

Pere Beà y Joan Coderch*

Violencia y experiencia se hallan presentes e interactúan constantemente en toda relación. El propósito del presente trabajo es aportar algunas ideas acerca de cómo el acto interpretativo promueve la experiencia en los momentos, o en las áreas, en que la relación se encuentra bloqueada en la violencia.

Toda formulación interpretativa que comunicamos al paciente nace de un acto de relación entre éste y el analista, y comunica no sólo palabras sino aún antes la forma que tiene el analista de relacionarse con él. El paciente se relaciona con la interpretación, entendiéndola o rechazándola, dándole diversas elaboraciones, como reflejo de su relación completa con el analista.

Hablar de interpretación es hablar pues de la totalidad de la relación y del proceso analítico. Sabemos que toda intervención del analista es un acto de relación, pero la diferencia estriba en que la interpretación es el único acto de relación que reflexiona sobre sí mismo, y es por este motivo que subsume en sí todos los otros actos de relación que se dan en el proceso analítico.

VIOLENCIA

El vínculo de la violencia nace de aquellos aspectos de la personalidad en que la diferenciación sujeto-objeto no se ha podido establecer, ni metabolizar las ansiedades relacionadas con esta indiferenciación a través de la función

* Sociedad Española de Psicoanálisis.

simbólica. La violencia tiene en el fondo una relación continente-contenido (Bion, 1963) inadecuada. Sugiere borrar las diferencias entre sujeto y objeto, algo que solemos encontrar en las situaciones de violencia. El objeto, en la relación presidida por la violencia, se encuentra falto de capacidad continente y sólo puede ser influenciado por una penetración forzada.

Cuando el recurso de mantener aspectos conflictivos a distancia y proyectados falla, intervienen métodos más coercitivos de presión para evitarlo. Probablemente, antes de este fallo el paciente implicaba al analista en vínculos colusivos que ahora dejan paso a alguna diferenciación y les ponen a prueba.

La violencia es un vínculo conservador: trata de imponer o mantener ciertas proyecciones y vínculos colusivos. Pero también indica que algo se está moviendo, que algo está crujiendo y haciéndose más ruidoso, aun cuando falta aquello que podría ofrecer flexibilidad para el progreso por medio de una nueva experiencia. Quizá la violencia física sea excepcional, pero en la sesión tienen que ver con violencia todas aquellas situaciones que promueven el estrechamiento de la perspectiva y de la capacidad para interrogarse. Con todo esto no queremos significar que la violencia sea siempre obvia, ya que hay momentos en los que para aproximarnos a determinados contenidos conflictivos es menester enfrentar situaciones de violencia, tanto las del paciente como las que pueden generarse en el analista.

INTERPRETACIÓN

Solemos utilizar el término interpretación para referirnos a la intervención verbal del analista para comunicarse con su paciente; pero la función de interpretar las observaciones es una función mental básica de los seres humanos. En el caso del psicoanalista esta interpretación tiene las características de su oficio: dar sentido al hecho psíquico dentro de determinadas concepciones y desde determinada experiencia (Armengol y Hernández, 1991; Torras, 1993).

Conviene no olvidar que todas las personas dan algún sentido al hecho psíquico y a la relación interpersonal, sin a menudo tomar conciencia de ello. Su capacidad para variar sus interpretaciones (o cambiar de vértice, en el sentido de Bion) puede ser más o menos limitada. Pero todos interpretamos de continuo. El psicoanalista ha intentado ser más consciente de sus parámetros para no dejarse llevar por aquellos más inconscientes únicamente. Sus posibilidades de lograrlo dependen de su capacidad de simbolizar.

VIOLENCIA EN LA INTERPRETACIÓN

El psicoanalista intenta brindar al paciente posibilidades para obtener un nuevo conocimiento de sí mismo, al que se ha llamado insight, y mejores integraciones de la personalidad. Ello se lo propone a través de su interpretación del encuentro, interpretación que ofrece en forma de información en los niveles más verbales, pero también a través de intuiciones que no siempre puede formular aunque están presentes en todas sus reacciones y actitudes.

Él se ve movilizado para formar parte del mundo interno del paciente de forma que el vértice en aquel momento activo en el paciente parezca a ambos el único posible, al que el analista se asociará identificándose con el paciente o con uno u otro objeto de su mundo interno (Racker, 1952-1958). Este fenómeno constituye la base de la contratransferencia, cada vez más reconocida en su importancia desde Racker y Heimann.

En la relación con el paciente, el analista experimenta activadas en sí mismo determinadas relaciones con sus objetos internos, algunas de las cuales le vuelven a plantear su propia conflictiva emocional (Torras, 1989). Con los materiales de su propia experiencia emocional y con sus conflictivas personales activadas el analista vive la experiencia de las relaciones conflictivas del mundo del paciente.

Puede suceder que el analista se encuentre aprisionado, a veces muy fuertemente, en sus propias dificultades reactivadas, puesto que el paciente ejerce cierto grado de presión, que posiblemente el analista llegue a vivir como una violencia sobre su estado mental. Tengamos en cuenta que, aun cuando el paciente en sí mismo no sea violento, debe ejercer alguna presión para hacerse presente y posibilitar la comunicación.

Si el analista se encuentra con constelaciones internas muy perturbadas ello puede evocar violencia en él y re proyectar violencia en el paciente, en este ir y venir proyectivo-introyectivo que constituye toda interacción. Es decir, que según en qué momentos, de acuerdo con las cualidades de la conflictiva evocada, el analista puede estar en mejores o peores condiciones para afrontar este esfuerzo y ejercer su función interpretativa con suficiente grado de libertad para entender al paciente desde diversos ángulos y no desde uno solo.

La interpretación que más luz arroja sobre los aspectos conflictivos del paciente nace de la superación de un conflicto en el mundo interno del analista. Entonces el analista consigue ser más consciente de cómo está interpretando el hecho psíquico y cómo lo interpreta el paciente. Determinados aspectos de esta comprensión serán más verbalizables y otros se manifestarán en su acti-

tud. Verbalización y actitud básica deben tener cierto grado de correspondencia, ya que de lo contrario se trataría de una interpretación falsa, sin resonancia, defensiva.

Si esto se consigue, el analista está estableciendo una diferenciación entre sí mismo y las proyecciones del paciente, lo que hace que éste las vuelva a encontrar como propias y se reavive en él un vínculo de mayor diferenciación. Existe con ello la oportunidad, si ambos pueden mantener la tensión de este intercambio, de encontrar un mejor continente para integrar la ansiedad que hasta ahora había interferido el cambio y la integración, ansiedad no mentalizada que se traducía en violencia o presión hacia la colusión.

La interpretación, como función mental y como verbalización de integraciones en el analista, es una acción (Ogden, 1994), que debe producir una modificación positiva en la mente del paciente. Aún cuando el deseo sea ayudar, esta acción siempre será vivida como un impacto que puede evocar violencia en la medida que pone a prueba estratos muy indiferenciados y proyectivos, cargados de sufrimiento por incapacidad de crecer con la experiencia, faltos de continente. El paciente detecta un giro en la interpretación de los hechos que hace el analista antes de que ésta sea verbalizada en un nivel abstracto. Él percibe que ahora el analista reacciona de distinta manera y le enfrenta con otros relieves en sus relaciones objetales en vez de actuarlos.

Pero además debe contarse con que en la interpretación el analista siempre se encuentra limitado por sus dificultades de elaboración, de forma que siempre habrá cierto grado de reproyección sobre el paciente, mezclándose en ella elementos del mismo paciente no contenidos con otros que proceden directamente del analista, de forma que el primero se halle más o menos presionado o forzado a adaptarse. La experiencia que se propone al paciente, no la ha podido hacer con anterioridad por sí sólo por falta de continente o limitaciones personales, pero ahora existen las dificultades derivadas de la situación actual que han ido generando él y analista.

Si estos círculos entre paciente y analista, como ondas resonantes, se hacen muy reprojectivos, se irán borrando las diferencias entre uno y otro, en una relación especular, y cada uno se encallará en interpretaciones que inviten a puntos de vista fijos, invariablemente cargados con tonos violentos. Entonces la interpretación que cada uno hace y la forma como la transmite es en realidad un paso al acto y una pura violencia sobre la realidad del otro.

Por el contrario, uno y otro pueden encontrar formas de ampliar la capacidad de contener los hechos de la interpretación, facilitando funcionamientos más introyectivos y separados donde cada uno se encuentre más a sí mismo. Parece claro que iniciar este cambio de sentido es tarea propia del analista.

ESTABLECIMIENTO DE LA MUTUALIDAD ANALIZADO-ANALISTA

Si en un tiempo se estableció la diferenciación entre «contenido manifiesto» y «contenido latente» de las comunicaciones del analizado, hoy no consideramos que las comunicaciones del paciente puedan entenderse aisladas de una interacción en curso (Mitchell, 1991, 1993). Además el «contenido manifiesto» también se estructura como un sueño y como expresión directa del inconsciente.

Interpretar el «contenido latente» es dar por supuesto que hay acuerdo en cuanto al «contenido manifiesto», cuando no tiene por qué existir. Precisamente vemos que el psicoanálisis pasa por investigar a qué se le llama contenido, cual es el papel de cada cual en el encuentro, cual es la comunicación.

Si no hacemos esta investigación estamos haciendo interpretaciones «de contenido», como un ir descifrando, mientras se ignora que todavía está por verse, quién es el intérprete, y de qué. Analista y analizado son dos observadores participantes que contemplan el mismo contenido manifiesto, o sea la comunicación del paciente, desde distintas perspectivas.

Como toda observación se halla cargada de teoría (Popper, 1972), las teorías de cada uno dan lugar a que el «contenido manifiesto» de la comunicación sea distinto para uno y otro. Esperamos que el analista sea más consciente y admita más fácilmente que sus teorías se vean puestas a prueba, teniendo a su disposición más de una interpretación para los hechos vividos y no viéndose tan a menudo encerrado por sus teorías arcaicas de la interrelación, que constituyen la base de sus relaciones objetales; mientras que el paciente se halla más limitado. Por eso mismo vino a tratarse, porque se veía arrastrado por teorías e interpretaciones que no le ayudaban a vivir sino que le encerraban en situaciones de impasse.

Únicamente un verdadero proceso de encuentro mutuo y negociación (Aron, 1996) de estos aspectos, poniéndolos de manifiesto y elaborándolos, especialmente comenzando por el analista, tratando con los conflictos emocionales y cognitivos que despiertan, dará lugar a la creación de un campo observacional que dé a los fenómenos manifiestos amplias posibilidades simbólicas (Eskelinen, 1992; Grimalt i Miró, 1992; Hernández, 1992; Torras, 1992).

El psicoanálisis es un tratamiento que estimula las capacidades de desarrollo mental a través de la función simbólica que es sinónimo de integración de experiencia. El paciente, se halla dominado por sus propias teorías que en ciertos niveles derivan de la incapacidad de simbolizar y dar sentido a la experiencia de tratar con la realidad diferenciada de las propias fantasías y deseos.

Estas son teorías o concepciones ciegas y sobrevaloradas. Pero el analista se encuentra sujeto a problemas semejantes y puede verse dominado también por sus dificultades ante la experiencia nueva, dificultades que le llevan a la formulación de pseudointerpretaciones (Britton, 1995).

A falta del mutuo encuentro y negociación a que nos hemos referido, las distintas perspectivas convertirán la interpretación en una imposición forzada del uno sobre el otro, como pseudointerpretaciones o como puntos de vista impuestos que no se pueden investigar como verdaderas hipótesis sino que son convicciones delirantes. Ambas formas suelen hacerse recíprocas al menos en determinados momentos, de forma que la experiencia degenera en violencia del uno sobre el otro, con refuerzo de la proyección y oscurecimiento de límites diferenciados (Feldman, 1993).

Esta violencia y falta de acuerdo pueden llegar a ser tan extremos que no sean perceptibles, o que no sean formulables. Que falten las palabras para ello, o la matriz para simbolizarlos. Se llega a un momento en que la falta de expresividad de las dificultades y la separación extrema de puntos de vista se reviste de aparente acuerdo. Pero si el analista no percibe el embrollo se llega al impasse y la repetición de situaciones (Rosenfeld, 1987).

Se establece, al contrario, un punto de vista acerca de la realidad suficientemente acorde cuando cada uno puede intuir o reconocer que existe el punto de vista del otro frente a la realidad de los hechos psíquicos, colaborando de forma creativa pese a las diferencias o gracias a las diferencias. El trabajo para tolerarlas y descubrir que ninguno de los dos interlocutores debe someterse a las percepciones del otro o ser definido por ellas, es extraordinariamente fértil, es parte de todo análisis, con sus acicates y dificultades (Langs, 1980; Josephs, L., 1995).

Así hemos entrado en el terreno de la mutualidad como indispensable en el verdadero proceso psicoanalítico, que consideramos desde una postura dual, con aspectos simétricos en diálogo e interacción conviviendo con aquellos de la individualidad de cada uno, donde esperamos que el paciente vaya encontrando los que le pertenecen en lugar de traerlos dispersos y proyectados. Siguiendo a Winnicott (1951, 1971), consideramos que la mutualidad paciente-analista se configura como un espacio donde investigar qué matices de la relación corresponden a un espacio transicional, y en cuales no puede configurarse un espacio transicional y menos aún de diferenciación.

Donde predomina la confusión self-objeto y la incapacidad para simbolizar, estar en lo cierto resulta vital, como un asunto de supervivencia. No pudiendo existir más que una perspectiva, si apareciese otra sería no tener la razón, estar totalmente equivocado, perder la razón de existir o de ser. Aquí no im-

peran teorías sino convicciones en las que reposa toda la identidad, es todo un sistema ideológico militando para hacer ver que se trata de la única realidad posible. En determinados momentos, el paciente no puede concebir fuera de sí ninguna función mental separada ni por tanto ninguna interpretación neutral. El analista sólo puede aparecer como objeto arcaico y en la práctica se halla realmente implicado en su interacción con el paciente, como hoy se reconoce ampliamente (Racker, 1952-1958; Grinberg 1957; Bofill i Folch, 1963; Searles, 1979; Sandler, 1976; Feldman, 1993).

Desde la perspectiva de la mutualidad, en cambio, la cuestión es cómo dos personas con distinta percepción de la realidad pueden hallar puntos de acuerdo. Esta cuestión es la que se plantea el analista cuando está en condiciones de moverse en su vértex, menos dominado por sus aspectos asimbólicos o narcisistas.

Cuando la percepción de la realidad es muy distinta el analista tendrá que aceptar esta divergencia sin pretender modificarla antes de tiempo. Ello sería sentido solamente como una violencia, y es casi seguro que no encontraría una forma de intervenir que no se cargara realmente de violencia y de ese deseo defensivo de «poner las cosas en su lugar». Una de las cosas que más cuestan es tolerar la presión de la visión del otro con sus características proyectivas sin ceder al deseo de «corregir» interpretativamente. Esta corrección violenta la identidad del otro, y activa la confirmación de que las relaciones de objeto son violentas. Si el paciente no conoce más que esta clase de relaciones, mal podrá ser él quien rescate los aspectos positivos de la visión ofrecida por el analista.

Para que las formulaciones del analista puedan ser vividas como experiencias subjetivas, éste no debe contrastar la validez de la percepción del paciente sobre sus comunicaciones, sino mostrarle que le habla de otras perspectivas posibles, sin hacer valoraciones. Entre otras cosas, porque él también debe ser consciente de que la perspectiva que ofrece la ha adquirido superando ciertos conflictos internos, y ésta es siempre una resolución parcial y transitoria.

El logro de la mutualidad verdadera requiere de la capacidad de empatía del analista que le permite tener una experiencia de la conflictiva que vive el paciente, sin perder otras relaciones de objeto más benignas. Entonces pueden incorporarse gradualmente otras áreas de conflicto, que vendrán a poner a prueba de nuevo la mutualidad y la empatía. La empatía es una comprensión cognitivo-emocional de la experiencia subjetiva del paciente que depende de la capacidad simbólica del analista. No está reñida con encontrarse molesto o perturbado, sino que debe incluir éstos y otros estados de ánimo, aunque sin perder de vista un campo más amplio.

Allá donde en el paciente predomina el malentendido grave y la falta de continente, para lograr la integración el analista debe captar cuáles son aquellos aspectos de él mismo que el paciente percibe como inadecuados. El analista se encuentra con la dificultad de tolerar este escrutinio; difícil porque se carga de proyección y de presión para confirmar que es un problema que se refiere a la realidad del analista, no del mundo interno del paciente.

En la medida que estos núcleos del paciente se integren un mínimo en la relación analítica habrá momentos conflictivos. Si el terapeuta sólo lo interpretara como violencia se alinearía con los aspectos más conservadores y cerraría el paso a la única forma posible de aportar aquellos problemas que el paciente vino a tratar. Le confirmaría que no hay esperanza para aquellos vínculos arcaicos en los que necesita de la capacidad empática del analista para que éste tolere ser «el malo», sin por ello perder contacto con otros aspectos, de sí mismo y del paciente.

El analista, con toda su forma de intervenir, ejerce metacomunicaciones que le pasan a él mismo inadvertidas, pero que el analizado capta inconscientemente. El analizado responde a esta metacomunicación antes que al contenido de la formulación verbal. Además, en pacientes muy dependientes, que necesitan estar «dentro» del objeto y que no se pueden diferenciar de él, estos estados de ánimo serán todo lo que exista, siempre captando los elementos más conflictivos del analista. Esta metacomunicación es la que dota de un matiz afectivo especial a la experiencia intersubjetiva, que puede ser positivo o negativo para la evolución del proceso (Aron, 1996), de forma que se abra espacio para revisar convicciones y desarrollar la función simbólica, o se cierre en ideologías fundamentalistas.

El acto interpretativo, lejos de reducirse a la fórmula «hacer consciente lo inconsciente», es una compleja interacción entre dos sujetos, un suceso transaccional (Modell, 1990). Si sólo nos preocupamos por el contenido de nuestras interpretaciones, en lugar de tener en cuenta el significado de la interpretación en la interacción paciente-analista, es muy posible que sea vivida como algo muy violento, incluso aunque aquel sea básicamente cierto (Klauber, 1981).

Una corriente actual del pensamiento psicoanalítico considera que la «nueva experiencia de relación» es el principal agente terapéutico del psicoanálisis, por encima del insight (Meissner, 1989; Armengol y Hernández, 1991). Sin embargo, no debemos ignorar que la interpretación sirve para configurar y incrementar esta nueva experiencia de relación. Si consideramos que esta corriente valora sobre todo el contacto empático y aceptamos nuestra forma de concebir la empatía, parece que las diferencias no son tan grandes: la empatía debe incluir el reconocimiento de los conflictos y facilitar que se

incorporen en una nueva experiencia de relación. ¿No es eso, también, aumentar el insight? (Coderch, 1995).

LA DIALÉCTICA SUBJETIVIDAD-INTERSUBJETIVIDAD

Intersubjetividad es un proceso dialéctico entre distintas subjetividades, en donde coexiste el reconocimiento del otro como un centro independiente de experiencia subjetiva, junto con tendencias a la negación del otro como un self autónomo y separado.

Toda interpretación pone de manifiesto determinados rasgos de la subjetividad del analista y de su psicología personal. No pueden formularse interpretaciones totalmente objetivas y desvinculadas de la personalidad del analista (Racker, 1952, 1958; Renik, 1993a, 1993b, 1995). Es la combinación objetividad-subjetividad que se manifiesta en la interpretación aquello que la dota del carácter de experiencia de relación que comparte con su condición de input informativo. Esta implicación de la personalidad del analista en la interpretación, le infunde una parte de su impacto terapéutico.

El hecho de que en las interpretaciones campee la personalidad del analista no significa que no tengan aspectos objetivos. Se trata también de una perspectiva desde fuera del paciente aunque no sea desde fuera de la diada analizado-analista. Le ofrece al paciente una visión diferente de su experiencia interna y por ello en todo momento alienta un grado de objetividad en la subjetividad del analista. Cuando el analista habla lo hace a la vez con la voz de los objetos internos del paciente proyectados en él y con la de su propia subjetividad, desplazándose el acento sobre una u otra en los distintos momentos del proceso (Gabbard, 1997). Este sentido de objetividad dialéctica en la subjetividad del analista es de suma importancia para el pleno desarrollo y experiencia de la propia subjetividad por parte del analizado, lo cual constituye una de las metas últimas del proceso psicoanalítico.

EXPOSICIONES CLÍNICAS

A continuación subrayaremos, a través de material clínico, algunas de los problemas con las que nos hallamos todos en nuestro intento para dotar de verdadera experiencia terapéutica nuestra relación con el paciente. Presentamos las dificultades con las se encuentran analista y paciente, y los esfuerzos para convertir éstas en un enriquecimiento mutuo.

La srta. L.

Expondremos algunos comentarios sobre material clínico de un caso de análisis para ilustrar algunas de las ideas expuestas hasta el momento, especialmente por lo que se refiere a la interacción e intersubjetividad analizado-analista sobre la que se desarrollan el conjunto de experiencias que envuelven el acto interpretativo.

La paciente, a quien llamaremos Srta. L. era una mujer joven, soltera, que acudió a pedir ayuda a causa de trastornos del carácter, ansiedad y episodios de depresión consecutivos a las frecuentes rupturas con sus parejas. Ella achacaba estas rupturas a sus excesivas exigencias de demostraciones de amor y disponibilidad. Los padres se separaron durante la pubertad de la paciente y posteriormente el padre marchó a otro país y no se supo más de él durante la pubertad de la paciente, y ésta, que permaneció con la madre y otros hermanos, se quejaba de no haber sido nunca verdaderamente amada por nadie.

Después de unos primeros meses de análisis en los que predominaban las quejas y acusaciones contra todo y contra todos quienes la rodeaban, comenzó a expresar, con creciente intensidad, sentimientos, deseos y fantasías de tipo erótico y sexual hacia el analista, de los que decía que venían a aumentar sus sufrimientos al no poder ser satisfechos, acusándole de ser el culpable de haber provocado esta situación y de comportarse como los otros hombres que la habían abandonado.

El análisis siguió por este camino durante meses. La Srta. L. se lamentaba de que si, por un lado, estaba siempre pensando en el analista y anhelando acudir a las sesiones, por otro lado las limitaciones de la relación, con ausencia de gratificaciones reales, no hacían más que intensificar su malestar y que, por tanto, se encontraba en un callejón sin salida. En algunas ocasiones, relataba fantasías con el argumento de que ambos mantuvieran relaciones sexuales en el diván. Cada vez con mayor frecuencia fueron presentándose momentos, que podemos llamar de turbulencia, en los cuales, sumamente encolerizada, agresiva y aparentemente impermeable a las palabras que se le dirigían exigía que, ya que no había ninguna posibilidad de una relación material, por lo menos el analista la tranquilizara diciéndole que, para él, ella era alguien muy interesante, como paciente y como mujer, y que la tenía muy en cuenta durante todas las horas del día y, muy especialmente, durante los «largos» fines de semana. También le instaba a prometerle que nunca la abandonaría. Si no lo hacía, era cruel e inhumano, negándole algo que para ella era muy importante y que para él no representaba ningún esfuerzo ni compromiso. Estas exigencias eran duras y repetidas, creando una atmósfera de fuerte tensión y ansiedad que llenaba toda la sesión.

En las demandas de la Srta. L. el analista creía percibir una mezcla de súplica infantil y desesperada de ser amada y cuidada, por un lado, y de erotización de la transferencia por otro, destinada a obtener un control sobre él y a impedir que pudiera pensar y ofrecer comprensión, así como que se estableciera entre ambos una adecuada relación paciente-analista, es decir, objeto cuidador y nutritivo-bebé. Planteadas así las cosas, no pareció oportuno interpretar directamente los aspectos controladores, posesivos y agresivos de sus fantasías sexuales y de sus demandas hasta tanto la Srta. L. no desarrollara una mayor tolerancia a la frustración y una disminución de sus temores de ser abandonada, de la misma manera como se había sentido abandonada por sus padres en su infancia. Creemos que tal tipo de intervenciones hubieran sido vividas por la paciente como las interpretaciones «correctoras» a las que hemos hecho referencia. Así, durante largo tiempo las interpretaciones se centraron en la comprensión de sus temores de ser abandonada y rechazada, como alguien indeseable y carente de todo valor, y en mostrarle de qué manera su necesidad de ser atendida y cuidada se encontraba obstaculizada por la misma intensidad e insaciabilidad de sus peticiones en este sentido, ya que la violencia de sus exigencias, se esforzó el analista en explicarle, daba lugar a que, si él no estaba a su disposición de manera constante y exclusiva para ella en una relación ilimitada, toda la ayuda que podía prestarle le parecía sin valor y totalmente inservible.

Después de unos años en estas condiciones el estado psíquico de la Srta. L. no parecía modificarse y las situaciones se repetían una y otra vez con agobiante similitud. El analista juzgó que sus interpretaciones y su actitud básica eran, en general, adecuadas y correctas desde la perspectiva en la que se considera que lo que se expresa en la transferencia es aquello que existe en la mente del paciente, pero que era necesario profundizar más en cuanto a la comprensión e interpretación de la interacción entre ambos y del papel que él mismo jugaba en el desarrollo de la transferencia de la Srta. L. Esto le estimuló a centrar sus esfuerzos en examinar no sólo sus sentimientos contratransferenciales en el sentido estricto de la palabra, sino todo el estilo y tonalidad de sus intervenciones y la imagen que, consciente e inconscientemente, le transmitía. Pensó que era de la máxima importancia llegar a entender cómo le percibía la Srta. L., cuál era su «subjetividad» para ella, qué es lo que ella fantaseaba acerca de la mente, las emociones y los pensamientos del analista, más allá de lo que pudiera hablarle acerca de ella. En otras palabras ¿qué es lo que ella escuchaba realmente cuando se le interpretaba?, ¿cuál era la subjetividad que el analista mostraba con sus palabras?, ¿con quién sentía ella que se estaba relacionando? Reflexionando ahora sobre esta cuestión podemos añadir, además, que lo que era menester, para comprender mejor la trama emocional en que

ambos se encontraban inmersos, era percatarse más ajustadamente de la intersubjetividad que había emergido del encuentro entre la psicología individual de la paciente y la del analista, puesto que la transferencia no es algo que depende única y exclusivamente de los pacientes, sino que se halla basada en la recíproca interacción entre analista y paciente. Es decir, la información que podría ayudar a la Srta. L. no era la que tan sólo se refería a su mente, entendida como un sistema cerrado que buscaba satisfacer sus propias necesidades, sino la información acerca de la manera cómo estaba respondiendo, emocional y cognitivamente, a las palabras, actitudes y silencios del analista. En este sentido, creemos que merece destacarse la posibilidad de que las interpretaciones perdieran toda o la mayor parte de su eficacia por el hecho de que la paciente las viviera como un «ponerla en su lugar», como si el analista dijera «Vd. no es más que una paciente-niña y todos estos sentimientos y fantasías son algo inadecuado y que debe ser abandonado». Una interpretación vivida así, es, sin duda, una violencia que se ejerce sobre quien la recibe.

Estos periodos en los que la Srta. L. presionaba fuertemente sobre el analista con sus exigencias, alternaban con otros, mucho menos frecuentes, en los que se mostraba agradecida por la forma de ser cuidada, y reconocía sentirse ayudada. Progresivamente, le pareció al analista advertir que la Srta. L., no únicamente por las inevitables distorsiones transferenciales sino a causa de su real ser «sujeto» para ella, no le percibía de la misma manera en estos diferentes periodos. Se fue haciendo evidente que en los periodos que podemos llamar tranquilos, el analista se sentía relajado e interpretaba, podemos decir, sencillamente, «lo que le parecía oportuno», sin temor a las posibles reacciones de la paciente, y esto, sin duda alguna, debía reflejarse en su entonación, en la modulación de la voz, en la cadencia de las palabras y en el intervalo entre cada una de las intervenciones. Pero en los períodos de turbulencia, en los que ella se lamentaba amarga e irritadamente de lo limitado y insatisfactorio de la relación analítica y reclamaba una mayor satisfacción, el analista se sentía tenso, incierto acerca de qué era lo que debía interpretar, con la sensación de no poder pensar bajo la presión de las furiosas reivindicaciones de la Srta. L. y sumamente preocupado por la impresión de que, fueran cuales fueran sus palabras, sólo servirían para empeorar la situación, como así realmente ocurría. En estos momentos de agobio acudía a la mente del analista un pensamiento que, más o menos, puede formularse de la siguiente manera: «Es verdad, sería muy fácil acceder a lo que me pide y decirle cuánto me importa y cuán interesante la encuentro, etc., y entonces terminaría esta presión inaguantable a la que me tiene sometido, ¡lástima que el modelo de análisis por el que yo me guío no me permita tales facilidades, ojalá que no fuera así!». Pensó que su temor a irritar más y más a la Srta. L. con sus intervencio-

nes podía reflejarse en una extraña combinación en la que, si por un lado se mantenía firme en la función de ofrecer comprensión y no palabras tranquilizadoras, por otro su voz debía sonar excesivamente cautelosa, interesadamente amable y prudente, y la amplitud de sus intervenciones se reducía al quedar, tal vez, demasiado limitadas al intento de explicarle las necesidades infantiles de amor y cuidado que se escondían bajo sus demandas y sus fantasías eróticas.

Teniendo en cuenta estas reflexiones, el analista pudo esforzarse, con algún mayor acierto, en que la Srta. L. participara en esta investigación acerca de la forma en que ella le percibía y se llegó a la conclusión de que la Srta. L. le veía como a alguien que, bajo la presión de sus impulsos y sus exigencias, se retraía y escudaba cortésmente detrás de sus teorías profesionales para decirle que ella no era, en realidad, una mujer adulta que deseaba unas relaciones personales y erotizadas, sino únicamente una niña exigente, resentida y perturbadora a la que había que tratar y educar de acuerdo con unas normas preestablecidas. Esta perspectiva del analista aumentaba su frustración y su furia, y, en un maligno círculo vicioso, la impulsaba a incrementar sus fantasías eróticas y sus reivindicaciones. Había algunos momentos en los que la Srta. L. se sentía acogida y comprendida, pero las ansiedades depresivas provocadas por el enfrentamiento con la desolación de su mundo interno eran soslayadas mediante la adopción de un papel en el que había una amalgama de niña cargada de razón por las injusticias sufridas y con derecho a reclamar ser resarcida por ellas, y de «mujer sexual» que podía controlar posesivamente al analista e inutilizar el funcionamiento de la mente de éste, la cual era vivida como representación de la pareja de padres unidos en una sexualidad creadora.

Al centrar fundamentalmente las interpretaciones en la forma en la que ella descubría al analista como un sujeto, estas situaciones pudieron ser, por lo menos en parte, aclaradas y ello comportó que la Srta. L. pudiera acercarse más a la visión de su mundo interno, en el que la separación de la pareja paterna y la posterior desaparición del padre eran vividos con gran culpa y como una reproducción de la pérdida del objeto primario.

Un episodio durante este período ayudó a lograr una mayor claridad en la relación analítica. En uno de los momentos en los que el analista le hablaba a la Srta. L. de su necesidad de sentirle en todo momento disponible para ella, y de sus demandas de ser atendida y valorada para hacer frente a sus sentimientos de soledad y desvalimiento, los cuales la hacían sentirse a sí misma como una niña abandonada, etc., la paciente protestó enérgicamente diciendo que el analista sólo tenía en cuenta una parte de la realidad; que era cierto lo que le estaba interpretando acerca de estos sentimientos que estaban en ella desde la infancia, pero que también era verdad que ella era una mujer adulta

que le amaba y quería que él la amara igualmente, pero que se veía que esto le asustaba, de tal manera que no se atrevía a hablar de esta realidad, y que por ello se protegía con palabras profesionales y refiriéndome únicamente a lo que de infantil había en ella. Evidentemente, podemos decir que nos encontramos aquí con una resistencia clásica, la defensa frente a la transferencia, es decir, la resistencia a la resolución de la transferencia, aun cuando también podría hablarse de distorsión transferencial sobre la «realidad» del analista. Pero, dado que ello ya había sido interpretado en otras ocasiones sin mucha efectividad, el analista pensó que era necesario dar un giro bien distinto a sus palabras.

Para ello, partió de la base de que las resistencias no son únicamente cosa del paciente, sino que son hechos interaccionales que tienen lugar en el espacio transicional que se forma entre paciente y analista. De acuerdo con este propósito le manifestó que, fuera cual fuera lo que pudiera él sentir y pensar, ella le percibía de la manera que estaba diciendo, y que esta percepción para ella era una realidad y que por tanto debían tenerla en cuenta, puesto que en este momento, y no sabían hasta cuando, ella se estaba relacionando, desde su perspectiva, con alguien que le mostraba algo que ella sentía que era verdadero acerca de su mente, pero también con un analista que se sentía asustado frente a sus sentimientos como mujer y que no se atrevía a hablar directamente de ellos, y que por tanto, no debían ignorar que todo lo que él pudiera decirle estaría tamizado y coloreado por esta imagen de él.

Pensamos que esto es muy diferente al hecho de haber interpretado estrictamente en términos de resistencia al reconocimiento de sus transferenciales sentimientos infantiles, o de falseamiento de la realidad del analista por la fuerza de sus fantasías, etc., lo cual hubiera significado no sólo negar a la paciente cualquier posibilidad de una percepción verídica del analista, sino también la misma posibilidad de percibirle, acertada o erróneamente, como sujeto, ya que, de acuerdo con este enfoque clásico, se entraría de lleno en la línea de interpretaciones «correctoras», en las que vendría a expresarse que lo que la paciente percibía eran únicamente sus propias proyecciones y objetos arcaicos confundidos con el analista. Podemos decir, por tanto, que lo que le fue planteado a la paciente, sin pronunciarse acerca de la verdad o falsedad de lo que creía descubrir en el analista, fue el hecho de que ella le percibía no únicamente como alguien que acogía con benevolencia e interés, contenía e interpretaba sus comunicaciones, dejaba insatisfechas sus demandas de erotización y de fusión, etc., sino también como alguien que, a la vez que separado, era, en tensión dialéctica con el papel de objeto con capacidades omnipotentes de gratificación y frustración que ella le atribuía, un sujeto con sus propias necesidades, emociones y defensas. De esta manera, el matiz intersubjetivo de la

relación analítica, que se establece cuando el otro no es meramente el objeto de los impulsos, percepciones y cognición del yo —lo cual no queda muy alejado del objeto freudiano— sino que es reconocido como un equivalente y autónomo self, no fue sofocado, sino que quedó plenamente disponible para colmar de sentido a la experiencia interpretativa como algo que emerge de la interacción analizado-analista. Para el total desarrollo del proceso analítico el objeto-analista debe devenir sujeto, y es gracias a esta evolución que el paciente podrá reconocer y vivir plenamente su propia subjetividad, lo cual podemos decir que constituye el fin último del análisis, el devenir 0 de Bion (1965).

Después de un lento y laborioso trabajo interpretativo en la dirección que acabamos de señalar, la Srta. L. adquirió cierta capacidad de insight y una mayor tolerancia frente a la frustración de sus deseos de gratificación ilimitada, y frente a las ansiedades de diferenciación y de separación. Esto condujo a una disminución de la intensidad y persistencia de sus quejas, y a un discreto aumento de sus posibilidades de vivirse a sí misma como un sujeto autónomo, con sus propios pensamientos, fantasías y sentimientos, es decir, no únicamente como un conjunto de respuestas afectivas e impulsivas provocadas por los desprecios, desconsideraciones, rechazos, frialdad, negativas, estímulos sexuales, etc. provenientes de los otros. La clarificación de la subjetividad de la paciente y del analista, así como de la relación intersubjetiva creado por ambos, en el espacio transicional del análisis, contribuyó a que ello fuera posible.

Siguiendo esta orientación que acabamos de señalar, pudo lograrse cierto incremento y movilización de la capacidad de colaboración por parte de la Srta. L., lo cual se tradujo en la comunicación de expresivos sueños y fantasías, cuya comprensión ayudó a dar un nuevo giro a la situación. Transcribiré, a continuación, uno de los sueños de este período.

La Srta. L. se veía a sí misma, como una niña, metida en la cama de sus padres, envuelta entre las sábanas y como escondida en el domicilio en el que realmente vivía la familia cuando ella era una niña. En otra habitación sus padres estaban hablando entre ellos y también con sus hermanos, y ella pensaba que de nuevo se encontraba abandonada por todos. Al mismo tiempo sabía que el analista la estaba llamando para acudir a la mesa a comer. Se sentía hambrienta y con grandes deseos de acudir a la llamada y sentarse a la mesa, pero, a la vez, también sentía que la rabia y la desesperación le impedían hacerlo, pese a que la hacía sufrir mucho el pensar que yo la estaba esperando. Entonces comenzaba a masturbarse. Despertó muy angustiada, excitada y llorando. Asoció que el sueño le hacía pensar que ella, en muchas ocasiones, se había impedido aprovechar las buenas oportunidades que se le ofrecían. La cama de

los padres le hizo pensar en el diván psicoanalítico y en las fantasías que ella había tenido muchas veces acerca de las relaciones sexuales de sus padres, así como en las que, en otras ocasiones, se le habían presentado acerca de la posibilidad de que ella y el analista mantuvieran relaciones sexuales en el diván durante la sesión.

A partir del esclarecimiento de los distintos aspectos de este sueño fue posible una progresiva comprensión e interpretación de la transferencia de la Srta. L. El hecho de esconderse, envuelta entre las sábanas en la cama de sus padres, fue interpretado como una escenificación de la táctica que ella utilizaba en el análisis, es decir, su intento de ocultar, bajo la cobertura de sus fantasías y deseos sexuales, su realidad de ser la paciente adulta, pero con elementos infantiles en su mente, que necesitaba ser cuidada en sus necesidades emocionales, substituyéndola por la fantasía de ser la mujer con desbordante sexualidad que lo único que necesitaba era mantener una relación privilegiada y amorosa con el analista. En realidad, es posible que esta imagen de ella envuelta entre las sábanas de los padres expresara también, en otro nivel más arcaico de su mente, los deseos de permanecer dentro del seno materno, envuelta entre membranas, pero en aquella ocasión esto no fue aclarado, seguramente porque la excesiva preocupación por interpretar la erotización de la transferencia impidió al analista caer en la cuenta de ello.

También fue posible comprender la manera como en el sueño expresaba sus fantasías infantiles de irrumpir en la escena primaria —los padres hablando entre ellos y con los hermanos eran los padres en coito fecundo dando vida a los bebés—, e impedir la sexualidad creadora de los padres, de la misma manera que con su erotización trataba de obstaculizar el funcionamiento analítico de la mente del analista. Asimismo, fue interpretado que la mesa dispuesta para comer era la propia sesión analítica, dispuesta para ella a fin de que pudiera vivir las experiencias necesarias para alimentarse y crecer mentalmente, pero que el resentimiento y el despecho dentro de ella lo imposibilitaban, y que esto era lo que daba lugar a sus sentimientos de desesperación y a su convicción de que no podría ser ayudada y a su necesidad de recurrir a la sexualidad como única solución. Siguiendo por este camino, fue posible interpretar su esfuerzo por hacer desaparecer el dolor mental que le producía el reconocimiento de los objetos moribundos, deteriorados y persecutorios que se escondían, como ella entre las sábanas, detrás de su erotizada transferencia.

Creemos que este sueño muestra la aparición de una actitud en la Srta. L. bien distinta de la que se ponía de manifiesto en sus continuas quejas, reclamaciones de un trato excepcional y erotización de la relación. Es lícito pensar que éste es un sueño en el que la paciente dialoga en torno a sus ex-

perencias en la relación con el analista, experiencias éstas sobre las que deberán basarse las interpretaciones para dar lugar a nuevas experiencias y así sucesivamente.

* * *

Exponemos ahora una sesión completa con un paciente grave, para ofrecer una ilustración concentrada. Dejaremos los comentarios para el final.

El señor T.

Se trata de un tratamiento al que el paciente había fijado fecha, para interrumpirlo a final de trimestre. Hablaremos de eso después.

Sesión

Recibo a T. en *lunes* a petición suya. Normalmente viene de martes a viernes. Llega puntual. Habla con pausas. No hace referencia al cambio de día.

En tono distanciado, como quien habla de negocios, T. explica que hoy por la mañana ha ido cargadísimo de trabajo y ha tenido muchas cosas que hacer.

Tuvo un sueño terrible el sábado. El peor que pueda recordar. «Era un sitio como su internado de infancia, o un psiquiátrico. Parecía que había cometido algo terrible. No podía recordar qué era. Recibía la visita de su tía o de su mujer, las dos hablando de ello como de algo que ponía bien a las claras cuan loco él estaba. Lo que había hecho había salido en la prensa, se había comentado en todos los periódicos».

El sueño le causó un pánico «terrible y absoluto». Pese a encender la luz pasó un tiempo antes de saber si era sueño o realidad y tuvo que permanecer un rato con la luz prendida.

No se le ocurre de qué podía tratarse. Pero era como uno de esos que cogen el fusil ametrallador y se cargan una escuela. O aquel funcionario que apuñaló a su mujer, del que me había hablado.

Me pregunta a mí si recuerdo la ocasión en la que llamaron a su puerta y él tuvo «aquella clase de reacción».

El analista respondió con un «sí» medio reactivo, medio pensado. Parecía claro que el paciente aludía a un incidente en el que estuvo a punto de tener una escena violenta con repartidores de publicidad que le habían interrumpido.

T. continúa: *«ese día se contuvo justo a tiempo. Pero a veces quisiera tener un antitanque y usarlo. Es una fracción de segundo. Si en ese momento encontrara el "bazooka" cargado, a su alcance, lo usaría. Después se repone y está adaptado como siempre.*

Además ahora estas cosas ya no le pasan.

El día anterior se lo pasó estudiando sus oposiciones mañana y tarde. Sus vecinos hacían un ruido terrible, que lo distraía. Seguramente me ha hablado de ellos: son escandalosos. Vinieron de Suiza y no entiende cómo no aprendieron nada de respeto. Ojalá se volvieran allá.»

Hasta llegar aquí, el analista había ido sintiendo que el tono de T. excluía todo interrogante: sobre lo que contaba o sobre el hecho de estarlo relatando al analista. El sueño había sido relatado como una molestia indigesta. El analista sentía que esta actitud, la absoluta falta de referencia a la excepcionalidad del día de hoy, la forma como describe haber pasado el día entero sobre sus libros ignorando que tiene esposa y una hija pequeña, cuando faltan meses para las oposiciones, todo ello tenía algo de asesinato de niños. Pero el analista se sentía también cogido en la situación y no encontraba forma de mencionarla: todas las formulaciones que se le ocurrían en ese momento le parecían acusatorias. T. continuaba mientras el analista se hacía estas preguntas.

«Su hija no termina de sanar de sus fiebres. Ayer su mujer insistió que fueran a un hospital de urgencia. fue una enorme molestia. Les indicaron que había tres horas de espera. Tuvieron que comer de cualquier manera. Él volvió a casa para estudiar pero apenas llegado llamó ella y perdió la tarde volviendo a buscarlas. Les dijeron que la niña no tiene nada. Tal vez tosferina o neumonía pero ya pasó. Por la noche se vio que no era así y volvió a tener fiebre alta.

En el hospital él le soltó a su esposa que lo que hacían era una exageración. Ella le contestaba «una madre lo hace todo por una hija» y él le decía: "a ver pues, date de cabeza contra la pared, a ver cómo lo haces".

Pero su sueño no es real: él nunca ha cogido el bazooka ni disparado contra niños. Por tanto no tiene mayor importancia. En cambio su terror y su desesperación eran absolutos y ciertos.»

A todo esto, el analista se sentía inmovilizado todavía por sus reacciones. Creemos que son situaciones clínicas que todos conocemos, en que desde fuera, fuera del campo de la identificación proyectiva, nos parecen posibles diversas formulaciones interpretativas que en la situación misma, bajo la presión del mundo interno del paciente, no hallamos formas de ofrecer.

«Finalmente digo al paciente que ahora mi primera tarea es ver qué le puede interesar a él de lo que me está contando.

T. me dice que hable, que hable.

Dejo pasar una pausa breve y le digo que primero debo observar.»

El analista empezaba a captar aquí la urgencia del paciente, o también se podría decir que la urgencia empezaba a volverse cosa del paciente y éste se daba cuenta de ella. Pero la percepción no era todavía integrable.

«Digo después al paciente que me parece que ha pasado el fin de semana con una gran perturbación en su interior, muy real, con urgencias, como ruidos por todos lados.

T. contesta que no entiende qué puede haber motivado ese sueño. Comió aceitunas cuando salieron a cenar el sábado. Dicen que dan pesadillas....

Pero le parece que esto es poca explicación, es cierto.

En algún momento de esta parte de sesión digo a T. que estoy de acuerdo con él en que su pánico debía ser absoluto. Que esto debe ser lo más real para él.

T. responde que así era.

Añado que aquellos que atacan una escuela de niños y los matan, seguramente sienten en ese momento que es por culpa de ellos que tienen ese malestar tan terrible.

T. dice que era como un frenopático o un psiquiátrico pero también como un internado o una cárcel o campo de concentración. Veía allá otros locos; por eso sabe que era un psiquiátrico.

Digo al paciente que sí que creo que su sueño debía ser eso. Le recuerdo que a menudo ha hablado con gran inquietud de los zulos de ETA y una vez había dicho «tal vez tendremos que admitir que los campos de concentración eran balnearios» (a raíz de la liberación del funcionario de cárceles Ortega Lara).

T. dice que se acuerda. Y en el periódico de ayer había una noticia que lo impresionó: científicos han dicho que un aborto en un feto de más de 21 semanas debería ser hecho con anestesia ya que es cuando empieza a haber un sistema nervioso. Es decir que...»

El analista ahora empezaba a pensar que sus dificultades en intervenir en esta sesión se debían a que T. se hallaba en una conflictiva de claustrofobia y agorafobia extremas y no podía dejar ningún hueco en su sistema defensivo ni concebía ningún funcionamiento separado. Estas situaciones a menudo las hablamos, pero caemos en generalidades o somos reactivos, cosa que el analista intentaba no hacer en ese momento.

Para T. era imprescindible huir para salvar la vida y a la vez temía ser abortado: el analista se sentía a la vez como un guardia de campo de concentración y como un abortista.

En esta sesión no se relacionó la situación con la interrupción del tratamiento que el paciente planeaba hacer, pero es evidente que ésta es la situación de fondo.

Digo al paciente: «así pues los científicos consideran ese aborto como un asesinato y proponen cometerlo científicamente».

En uno de estos momentos T. se ha levantado del diván: «me mira, tímido, y me dice que se pondrá la chaqueta, que tiene frío. Me impresiona porque pienso que no conseguir encontrar y contactar con aquello de él que está en peligro de muerte, es dejarlo sin calor ninguno».

El paciente sigue, una vez de nuevo en el diván: «este verano, en un castillo en Francia, vio un gato en una urna de cristal. Lo habían hallado excavando. Había sido enterrado vivo por una superstición: para proteger el castillo. El gato habría pasado tres o cuatro días dando vueltas, encerrado en la urna, antes de morir. Era sólo piel y huesos.

En fin, es cierto eso del zulo. De hecho Chateaubriand, que vivió de niño en ese castillo, escribió sus memorias de infancia y las tituló “Memorias de Ultratumba”...».

Digo al paciente: «que es bien real, y que lo afectaba terriblemente, el hecho que todo el mundo en su sueño supiera qué era lo que él había cometido, la razón por la que estaba allá, menos él mismo. Que sea algo tan transparente.

T. contesta que así es».

El analista no encontró forma de hablarle al paciente de que deshaciéndose de los niños que forman parte de él mismo se encuentra lleno de frío. Pero aunque con vaguedad, pudo decirle en algún momento, no registrado en el texto, que no era indiferente el hecho que esta sesión no era una sesión cualquiera, sino excepcional.

Comentario

Ya hemos dicho que el propósito de la presentación es ilustrar problemas con que nos encontramos a menudo. En esta sesión la violencia se hallaba en los contenidos mismos expresados por el paciente, en toda su actitud, y en la forma como todo ello impactaba la contratransferencia del analista. El analista pudo pensar, con todo, que tal vez sería más útil tolerar este estado de incomodidad extrema, en vez de pretender deshacerse de él prematuramente con intervenciones que hubieran sido correctoras, tendentes sobretodo a recuperar una apariencia de normalidad.

Como resultado no pudo interpretar el sueño del paciente, o mostrar cuan real era su desastre interno y su ansiedad claustrofóbico-agorafóbica, tan marcadamente paranoide. Ligando con nuestra exposición teórica, aquí hallamos ilustración de problemas que hemos mencionado antes: cómo abordar la falta de simbolización y la restricción del pensamiento del paciente, cómo investigar primeramente cuál es el contenido manifiesto que ve el paciente, cuál el papel desempeñado por cada uno en la mente de T. Si no hay reconocimien-

to del hecho psíquico mal podrá formularse una interpretación. Creemos que ignorar todo esto hubiera conducido a interpretaciones de contenido pero incapaces de facilitar la integración de la violencia.

Como se ve en la sesión el señor T. es un paciente muy enfermo, de edad alrededor de cuarenta años. En el curso del tratamiento pudo acabar su carrera universitaria y asegurar su cargo profesional, de gran responsabilidad; asimismo sus relaciones con padres, hermanos y esposa, empezaron a adquirir cierto sentido.

Como pasa, creemos, a menudo, al principio del tratamiento parecíamos estar comunicando mucho más de cuanto se ha ido viendo después, cuando las dificultades verdaderas del paciente se han ido haciendo más patentes. En aquel primer momento la falta de acuerdo y la incomprensión quedaban revestidas de un entendimiento manifiesto en el que analista y paciente colusionaban más. Después la evolución ha permitido que el paciente tolerara, mínimamente, la separación del analista para pensar, para estar en silencio, el analista pudo resolver mejor las ansiedades correspondientes a aspectos proyectados del paciente, y la perturbación extrema de la situación se ha hecho mucho más aparente al haber movimiento.

Así, se fueron haciendo más evidentes las dificultades de pensamiento de un hombre que vive en un pensamiento operativo que fácilmente descubre su sustrato de falta de simbolización y elementos delirantes. Lo que en un momento dado servía, al momento siguiente se veía que no tenía vigencia o no se había entendido. Los momentos de contacto mostraban a continuación que eran muy parciales y que era preciso volver a empezar.

Hace poco más de un año el señor T. llegó a su sesión y declaró que «esperaba hallar un mínimo acuerdo» con su analista «en que el psicoanálisis no podía continuar». A continuación exigió fijar una fecha de terminación.

El analista se vio sorprendido ya que le parecía que el tratamiento iba ofreciendo resultados y había más margen terapéutico. Pudo contestar que la decisión dependía del paciente y que colaboraría para que el tratamiento fuera útil hasta cualquier final al que se llegara, pero que el planteamiento mismo le mostraba a él, el analista, las razones para seguir adelante.

T. dejó el tema por completo y pareció volverse impermeable al resto de comentarios del analista. La sesión siguiente comenzó como si no hubiera sido mencionado nunca. Cuando el analista se lo hizo notar, T. dijo que se había convencido que era imposible hablar con él (con el analista).

Unos días después, fijó la fecha de «31 de Diciembre de 1997», quince meses después, como terminación. Como nunca ha tenido sesiones en el período comprendido entre Navidad y Reyes, el anuncio sugería que se trataba de un cese administrativo, no de un final dentro de una relación. Según

había declarado, el analista lo aceptó como una decisión del paciente pero decidido a hacer posible, esto es, vivible, esta terminación.

El analista tardó, seguramente, en calibrar que son los reconocimientos, si bien mínimos, de diferenciación, los que forzaban a T. en una situación interna extremadamente violenta, donde reaparecían malentendidos gravísimos de sus relaciones de objeto: éste es el análisis que no puede continuar. El paciente había dicho en una ocasión que sus padres le habían tratado «con contumacia rabínica», y ésta era, por ejemplo, una relación nuclear que ahora se reactivaba.

Como ya hemos dicho, suele suceder que encontremos mejores formulaciones interpretativas, una vez fuera de la presión evocada por el paciente en nosotros. Éstas nos podrán servir en el futuro, y en el presente a menudo nos ayudan a pensar y encontrar mejores formas de reestablecer una perspectiva, algo ya ilustrado con el caso de la señorita L. Nuestro trabajo como analistas tiene aspectos inconscientes que sólo gradualmente podemos hacer formulables, pudiendo ayudarnos conscientemente en la sesión misma. Entretanto son muy importantes los momentos en que podemos darnos cuenta de que estamos en una situación de restricción, que todo cuanto se nos presenta en la mente, nuestras asociaciones, nuestras fantasías, se hallan demasiado marcadas por la reacción al paciente y parece que sólo podemos reaccionar a él o simular una coherencia negando nuestras vivencias en una interpretación defensiva. Por eso mismo, en este caso, el analista prefirió callar y evitar interpretaciones rotundas que le tranquilizaran a costa del señor T.

El dilema era terrible ya que T. se sentía en un ambiente frío y el analista hubiera preferido mostrarse más cálido. Pero el riesgo de ser visto como otro loco del frenopático era demasiado evidente: cuando el paciente no conoce ninguna diferenciación aquello que esté mal formulado, sea parcial o erróneo, o que rebase sus capacidades será solamente evocador de locura.

Sólo hacia el final de la sesión el analista tuvo sensación de haber podido desbrozar un poco el camino y pudo decirle a T. algo que debía haber estado en su mente desde el principio: que T. intuye que los demás saben de su locura, pero él no. Entretanto prefirió que se pudiera evocar sin excesiva presión la perturbación vivida por el paciente, y que éste gradualmente la fuera expresando a lo largo de la sesión, a través de las llamadas a la puerta, de los zulos, de los castillos, de Ultratumba, en una comunicación empática con la perturbación y la paranoia. Pretender hablar más de ella hubiera podido ser vivido como pregonar su locura y obligarle a medidas defensivas más drásticas.

A menudo nos sucede que cuando no la obliteramos con interpretaciones forzadas podemos seguir más vivamente la evolución de una conflictiva.

Entonces tenemos nuevas oportunidades de interpretar en contextos que se han ido haciendo más contingentes, más pensables para el paciente y para nosotros.

Así, a lo largo de la misma semana de la que he extractado una sesión, el analista pudo señalar a T. parte de lo que aquí se insinuaba: pudo decirle que él (el analista) tenía que hacerse cargo de que la misma importancia de lo que T. estaba viviendo le empujaba a tenerse que distanciar, máxime cuando venía a poner a prueba su decisión de terminar el «31 de Diciembre», cosa a la que a la vez le parecía imposible renunciar, por tratarse de un aspecto de control tan esencial para él (el paciente había protagonizado múltiples rupturas con sus padres, huidas y escapadas). Pudo explicarle que comprendía que T. se hallaba en un terrible dilema, cada vez que aparecía algo de él mismo que había estado encerrado hasta entonces, y que era preferible que se llevara una experiencia de tolerancia acerca de esto, antes que focalizar todo en la inconveniencia de interrumpir el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- ADROER, S. & CODERCH, J.: (1991) «El trabajo del analista frente al defecto y frente al conflicto». *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*, II: 105-118.
- ARMENGOL, R. & HERNÁNDEZ, V.: (1991) «La función y el trabajo del analista. Valoración relativa del setting y la interpretación». *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*, 2: 21-42.
- ARON, L.: (1996) *A Meeting of Minds*. Londres: The Analytic Press.
- BION, W.: (1963) *Elements of Psychoanalysis*. Londres: Heinemann.
- : (1965) *Transformations*. Londres: Heinemann.
- BOFILL, P. i FOLCH, P.: (1963) «Problèmes cliniques et techniques du contretransfert». *Revue Française de Psychanalyse*, número especial.
- BRITTON, R.: (1995) «Psychic reality and unconscious belief» *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 76: 19-24.
- CODERCH, J.: (1995) *La Interpretación en Psicoanálisis. Fundamentos y Teoría de la Técnica*. Barcelona: Herder.
- ESKELINEN, T.: (1992) «La simbolització de la relació terapèutica». *Rev. Catalana de Psicoanàlisi*, vol. IX: 15-30
- ETCHEGOYEN, H.: (1986) *Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- FELDMAN, M.: (1993) «The dynamics of reassurance». *Int. J. Psycho-Anal.* 74: 275-86
- GABBARD, O.: (1997) «A reconsideration of objectivity in the analyst» *Int. J. Psychoanal.*, 78. 15-29.
- GRIMALT, A. y MIRÓ, M.T.: «Experiències primitives i pensament simbòlic: un exemple clínic». *Rev. Catalana de Psicoanàlisi*, vol. IX: 47-56.
- GRINBERG, L.: (1957) «Perturbaciones en la interpretación por la contraidentificación proyectiva». *Revista de Psicoanálisis*, 14: 23-30.
- HEIMANN, P.: (1950) «On countertransference». *Int. J. Psycho-Anal.* 31: 818.

- HERNÁNDEZ, V.: (1992) «Concepte psicoanalític de la funció simbòlica: Simbolisme "sensorial" i simbolisme "metafòric"». *Rev. Catalana de Psicoanàlisi*, vol. IX: 57-64.
- JOSEPHS, L.: (1995) *Balancing Empathy and Interpretation*. Londres: Jason Aronson.
- KLAUBER, J.: (1981) *Difficulties in the Analytic Encounter*. Nueva York: Jason Aronson.
- LANGS, R.: (1980) *Interactions*. Nueva York: Jason Aronson.
- MEISSNER, W.: (1989). *What is Effective in Psychoanalytic therapy*. Nueva York: Jason Aronson.
- MITCHELL, S.: (1991) «Whishes, needs and interpersonal negotiation». *Psychoanal. Inq.* 11: 147-170.
- : (1993) *Hope and Dread in Psychoanalysis*. Nueva York: Basic Books.
- MODELL, A.: (1990) *Other Times, Other Realities*. Harvard: Harvard University Press.
- OGDEN, T.: (1986) «On potential space». *Int. J. Psychoanal.* 66: 129-141.
- : (1994) *Subjects of Analysis*. Londres: Karnac Books.
- POPPER, K.: (1972) *Objective Knowledge*. Oxford: Clarendon Press.
- RACKER, H.: (...) *Estudios de técnica psicoanalítica*, Paidós.
- : (1952 a 1958) *Estudios de Técnica Psicoanalítica*. Reimpres a Barcelona: Paidós, 1986.
- RENİK, O.: (1993a) «Countertransference enactmen and the psychoanalytic process.» En *Psychic Structure and Psychic Change*, ed. M. Horowitz, O. Kernberg & E. Wheinschel. Madison: International Unioversities Press, pp. 135-158.
- : (1993b) «Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity». *Psychoanal. Quart.*, 62: 553-571.
- : (1995) «The ideal of the anonymus analyst and the problem of self disclosure». *Psychoanal. Quart.*, 466-495.
- ROSENFELD, H.: (1987) *Impasse and Interpretation*. Londres: The New Library of Psychoanalysis.
- SANDLER: (1976) «Countertransference and Role-Responsiveness». *Int. Rev. Psycho-Anal.* 3, 43-47.
- SEARLES, H.: (1979) *Countertransference and related subjects*. New York: International Universities Press.
- TORRAS, E.: (1989) «Identificació Projectiva i diferenciació», *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, VI, 2.
- : (1992) «Gènsi del Símbol en el procés terapèutic», *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, IX, 65-72.
- : (1993) «La interpretació en psicoteràpia i psicoanàlisi», comunicació a les vuitenes jornades de la *Revista Catalana de Psicoanàlisi*.
- WINNICOT, D.: (1951) «Transitional objects and transitional phenomena». En *Playing and Reality*. Nueva York: Basic Books, 1971, pp.157-173.
- : (1971) «The place where we live». En *Playing and Reality*. Nueva Yok: Basic Books, 1971, pp. 104-110.

RESÚMENES

Els autors proposen que es preferible l'estudi de la violència des del vincle intersubjectiu, més que no com un aspecte isolat de la psicologia individual, com per exemple la pulsio agressiva. El tractament psicoanalític passa per la reedició dels lligams conflictius del pacient amb els seus objectes, i el lloc natural d'expressar-los es mobilitzant l'analista, pel que aquests conflictes sempre seràn presents

en una realitat mútua transferencial-contratransferencial. La violència es genera quan el pacient, o tal vegada l'analista, davant d'aquesta conflictiva reviscolada pel procés i per l'interpretació tracten de recuperar el seu equilibri psíquic a costa de desconèixer el punt de vista de l'altre, a causa de dificultats excessives en comprendre i tolerar en sí mateix aspectes projectats d'aquesta conflictiva, i quedant deturats en interpretacions d'aquesta, sobrevalorades i sense poder modificar el punt de vista. Per contra, si la situació que es genera no romàn immobilitzada, la violència es una oportunitat, ja que també es un mitjà d'informació sobre els conflictes sotsjacs, basats en defectes de la simbolització, mobilitzats perl treball analític. La fi última del procés es proporcionar altres visions i sentits al conflicte, que permetin millors integracions, allò que anomenem insight i que consideren íntimament vinculat al desenvolupament de la funció simbòlica.

Paraules clau: *Acte Interpretatiu. Contratransferència. Experiència. Contingut Latent. Contingut Manifest. Funció Interpretativa. Funció simbòlica. Intersubjectivitat. Mutualitat.*

Los autores proponen que es preferible estudiar la violencia desde el vínculo intersubjetivo antes que como un aspecto aislado de la psicología individual, como por ejemplo la pulsión agresiva. El tratamiento psicoanalítico pasa por la reedición de los vínculos conflictivos del paciente con sus objetos, y el lugar natural de expresarlos es movilizando al analista, por lo que estos conflictos siempre se hallarán presentes en una realidad mutua transferencial-contratransferencial. La violencia se genera cuando el paciente, o quizá el analista, ante esta conflictiva revivida por el proceso y la interpretación tratan de recuperar su equilibrio psíquico a costa de desconocer el punto de vista del otro, a causa de dificultades excesivas en comprender y tolerar en sí mismo aspectos proyectados de dicha conflictiva, y quedando detenidos en interpretaciones de la misma sobrevaloradas y sin poder modificar su punto de vista. Por el contrario, si la situación generada no permanece inmovilizada la violencia supone una oportunidad, ya que es también fuente de información acerca de los conflictos subyacentes, basados en defectos de la simbolización, que se han movilizado por el trabajo analítico. El fin último del proceso es proporcionar otras visiones y sentidos al conflicto, que permita mejores integraciones, aquello que llamamos insight y que consideran íntimamente ligado al desarrollo de la función simbólica.

Palabras clave: *Acto Interpretativo. Contratransferencia. Contenido Manifesto. Contenido Latente. Experiencia. Función Interpretativa. Función simbólica. Intersubjetividad. Mutualidad.*

Os autores propõem estudar a violência, de preferência, a partir do vínculo intersubjetivo do que do ponto de vista de um aspecto isolado da psicologia individual, como por exemplo a pulsão agressiva. O tratamento psicanalítico passa por uma reedição dos vínculos conflituais do paciente com os seus objectos internos e o lugar natural de expressa-los é mobilizando o analista. Razão porque estes conflitos se encontram sempre presentes numa mútua realidade transferencial-contratransferencial. A violência gerase quando o paciente, ou talvez o analista, tentam recuperar o seu equilíbrio psíquico, face a estes conflitos revividos pelo processo e pela interpretação, através do desconhecimento do ponto de vista do outro, devido a dificuldades excessivas em compreender e em tolerar, dentro de si próprio, aspectos projectados dessa conflitualidade, permanecendo, assim, presos a interpretações sobrevalorizadas e sem capacidade de poderem modifica-las desse ponto de vista. Pelo contrário, se a situação gerada não permanece imobilizada a violência pode significar uma oportunidade e, também, uma fonte de informação acerca dos conflitos subjacentes, baseados em defeitos de simbolização, mobilizados pelo trabalho analítico. O fim último do processo é propiciar ou-

tras perspectivas e significados ao conflito, permitindo melhores integrações, aquilo a que chamamos insight, e que os autores consideram estar, intimamente, ligado ao desenvolvimento da função simbólica.

Palavras chaves: *Acto Interpretativo. Contratransferência. Conteúdo Manifesto. Conteúdo Latente. Experiência. Função Interpretativa. Função Simbólica. Intersubjetividade. Mutualidade.*

The authors propose to study violence from the point of view of the intersubjective link, rather than taking it as an isolated aspect of individual psychology, for instance aggressive drive. Psychoanalytical treatment relates to the reliving of conflictive links between patient and his internal objects, and the natural place of expressing such links is the mobilisation of the analyst. This means that this conflicts will always be part of a mutual relationship transference-countertransference. Violence is generated when the patient, or perhaps the analyst, tries to regain his psychic equilibrium in face of this conflictive relived by the process, at the expense of disavowing the point of view of the other, due to unbearable difficulties in understanding and tolerating in oneself projected aspects of that conflict, and in consequence remaining stuck in overvaluated interpretations of it, without the capability of shifting the point of view. On the contrary, if the situation which has been generated doesn't remain stuck violence means also an opportunity, because it is also a means of information about the underlying conflicts, based upon defects in symbolisation, which have been put into motion by psychoanalytic work. The ultimate goal of the process is to offer other visions and meanings to the conflict, which permit better integrations, what is called insight, which the authors consider as intimately linked to the development of symbolic function.

Key words: *Countertransference. Experience. Interpretative Act. Interpretative Function. Symbolic Function. Intersubjectivity. Latent Contents. Manifest Contents. Mutuality.*

Pere Beà
Homer 45-49, entl.4a. B
08023 Barcelona

Joan Coderch
Balmes 317
08006 Barcelona