

## **Consideraciones sobre la génesis y desarrollo de la interpretación en el tratamiento psicoanalítico**

Julio A. Granel.

(Buenos Aires)

La interpretación es el instrumento específico de la labor analítica. Diversos autores han contribuido a esclarecer problemas relacionados con el concepto de interpretación, el acto de interpretar y sus consecuencias.

Freud, en sus artículos sobre técnica, dice que “la interpretación es la comunicación que se hace al paciente de aquello que el analista captó a través de las asociaciones libres” (10).

Según Freud el analista en “atención flotante” debe “intuir” captar” lo reprimido en el paciente para hacerlo consciente (10, 14).

Para Bion (5) la interpretación psicoanalítica es una “teoría especial” consecuencia de una abstracción resultante de confrontar el modelo construido por el analista con el modelo producido por el paciente.

El modelo del analista es, según Bion, resultante de un proceso que comprende: atención flotante, estado de ensueño o revene, y hallazgo del “hecho seleccionado”. El “hecho seleccionado” (concepto que Bion toma de Poincaré) es el que permite unir elementos dispersos y extraños entre sí, introduciendo orden en el desorden.

La interpretación promueve las “transformaciones” sucesivas y aditivas que caracterizan al proceso analítico.

Según Cesio, la interpretación verbaliza las identificaciones del analista con los objetos del paciente, constituyendo así la comunicación verbal de la transferencia-contratransferencia (6, 7).

La interpretación surge en el preconscious del analista y constituye para el paciente, según Chiozza y colaboradores (9), una representación transaccional sobre la que puede transferir las cargas y de este modo desligarlas de

representaciones inadecuadas.

La interpretación conduce al “insight” (toma de conciencia vivencial de la situación que está ocurriendo profundamente entre analista y paciente). El “insight” no es sólo un proceso cognitivo sino emocional, que provoca modificaciones en la distribución de las cargas (16, 17). El “insight” implica la comprensión conjunta de la fantasía inconsciente bipersonal que, de acuerdo con M. y W. Baranger, está estructurando el “campo” de analista y paciente (4).

H. Racker nos dice que la interpretación reintegra al analizado lo que él tenía disociado o rechazado, “suple así aquello que le falta al paciente” y “une de este modo lo que estaba separado” (14).

Según esta revisión bibliográfica, la mayoría de los autores se refieren a las propiedades y efectos de la interpretación.

Considero de interés abordar otro aspecto del tema, menos elaborado a juzgar por la insuficiente bibliografía: el proceso psicológico por el cual en un momento determinado de la sesión surge la interpretación dentro del terapeuta.

El analista recibe los elementos para elaborar sus interpretaciones de dos corrientes de comunicación:

- 1) El material verbal del paciente.
- 2) La comunicación no-verbal, especialmente la que tiene lugar de inconsciente a inconsciente.

Esta última comprende los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva; pero parece ser en su esencia una transferencia telepática de pensamientos y emociones, según lo destaca un reciente trabajo de Aizenberg y colaboradores, apoyándose en conceptos de Freud e investigaciones actuales (3).

El analista tiene acceso a los impulsos inconscientes del analizado, que le llegan de las vías mencionadas, porque sus propias representaciones son excitadas por las proyecciones del paciente.

Dichos contenidos se hacen conscientes al terapeuta cuando son transferidos sobre representaciones de su preconsciente (8).

De este modo le surgen en su mente, como fantasías y pensamientos. Se encuentran los símbolos verbales que comprenden a dichos contenidos

(verbalización interna) y se comunican al paciente (verbalización externa).

La interpretación debe ser así un auténtico símbolo, que integre acto, imagen y sentimiento; como es el “auténtico verbalizar”, y el “auténtico hablar” (1, 2).

El analista debe tener “permeabilidad” para sus representaciones inconscientes (disminución de las contracargas o sea de las barreras de la censura) y “sensibilidad” (capacidad para identificarse con lo proyectado por el paciente). De este modo puede aceptar en su Yo los contenidos que le transfiere el paciente y que éste rechaza.

A todo este proceso es a lo que se denomina captación o comprensión. Considero que esta explicitación debe ser completada caracterizando cuál es el estado emocional de analista y paciente, específico, necesario y condicionante para que este proceso descrito tenga lugar exitosamente; cuál es la situación que determina en cada momento la génesis de una interpretación.

Expresaré a continuación mis puntos de vista respecto de este problema.

En el Yo del analista, donde se está dramatizando el mundo interno del analizado, tiene lugar un proceso de integración y reparación de las partes disociadas y dañadas del paciente. Como resultado de este proceso, y como síntesis del mismo, se origina la interpretación.

Se puede decir entonces que

la interpretación surge en el analista en el momento en que se ha hecho en su interior una síntesis integrativa.

Para que esta integración haya ocurrido, pensamos que debe existir en el analista un estado especial, en el cual predomina la tendencia a la unión de lo reprimido y lo disociado.

Energéticamente debe predominar el “impulso reparatorio” (derivado del instinto de vida) y la emoción dominante es la “ansiedad depresiva reparatoria”.

Como “producto” de esta situación aparece la “interpretación”.

Llegamos así a una primera conclusión:

No sólo se trata de vivenciar las partes dañadas del paciente y de ser receptivo a sus proyecciones, sino que

la interpretación implica el haber efectuado el analista dentro de él mismo, un proceso de integración y de reparación.

Estos conceptos se asocian con lo destacado por Bion, para quien la interpretación es un proceso de “creación”, una de cuyas etapas es “el hallazgo del hecho seleccionado”, por el cual se unen en un momento determinado elementos dispersos, provocando en aquel que hace “el descubrimiento” una particular emoción de tipo depresivo. Corresponde, dice, “al proceso por el cual los objetos de la posición paranoide-esquizoide adquieren coherencia y se inicia la posición depresiva”.

Pero sabemos que analista y paciente funcionan en todo momento como una “unidad”; constituyendo ambos un “campo” o una “gestalt”.

Por eso debemos destacar este otro concepto:

El concepto integrativo que conduce a la interpretación está ocurriendo no solamente en el analista, sino también

**simultáneamente**, aunque en escala menor,  
en el mundo interno del paciente.

En mi opinión, cada vez que se constituye una interpretación adecuada que revela que se ha comprendido algo del drama que están viviendo analista y paciente, es porque “en una parte del terapeuta y en una parte del analizado, combinada y sincrónicamente ya se ha producido una «mínima integración depresiva reparatoria»”. Este proceso es indispensable para que pueda engendrarse una interpretación.

Deseo destacar que esto es independiente de que en el resto de su Yo el paciente esté desintegrado, paranoico, melancólico, como así también el analista puede estar en una reacción contratransferencial patológica o normal: pero insisto en que para que haya “unión” y por consiguiente “interpretación” tiene que haber una zona integrada y depresiva” de donde emergerían los mensajes recíprocos y la posibilidad de comprensión entre ambos.

Podemos formular una segunda conclusión:

Aunque aparezca en la mente del analista (más precisamente: surgiendo de su preconscious),

la interpretación es resultante del funcionamiento de una zona de contacto y unión entre analista y paciente y consecuencia y síntesis de un momento emocional de mínima integración depresiva simultánea en ambos.

Después, la interpretación al ser verbalizada y comunicada promoverá el insight y dará lugar a más amplias integraciones.

Pero considero que este “núcleo integrativo sincrónico” de analista y paciente, es necesario para determinar una “zona de contacto” entre ambos; y para que el analista tenga “permeabilidad” y “sensibilidad”; o sea pueda identificarse con los contenidos que en ese momento le está proyectando el analizado y éstos puedan transferirse a su preconsciente. Es la base emocional para una “buena comunicación” y “condición indispensable” para una interpretación operante.

A este núcleo común de analista y paciente, donde ocurre una mínima reparación de los objetos y de donde surge la interpretación, podemos imaginarlo constituido por:

- Ansiedad depresiva con impulso a la reparación.
- Sentimiento de culpa depresiva.
- Defensas maníacas (omnipotencia, negación, idealización) al servicio de la reparación.
- Vivencias de esperanza.
- Comienzos de sublimación y simbolización.

De acuerdo con lo dicho hasta ahora, toda interpretación se fundamenta en una particular relación de unidad e identidad entre analista y paciente, que hace posible el proceso de captación y la transferencia de contenidos.

En el intento de esclarecer la naturaleza íntima de la raíz de la interpretación, tomemos como modelo para comprender la especialísima forma de comunicación entre analista y paciente, el modelo de la comunicación empática y mágica entre el Yo y el Ello fetales, según los conceptos de A. Rascovsky (15).

Existe un libre flujo de contenidos y cargas desde el Ello fetal (que es el

primitivo ambiente del Yo y contiene objetos ideales, las representaciones innatas) hacia el Yo fetal, permeable al pasaje de dichas representaciones; éstas se ofrecen en forma incondicional al Yo, proporcionando los primitivos patrones de identificación.

Esta comunicación se realiza en forma muy veloz, en mínimo espacio y mínimo tiempo, de acuerdo con las leyes de la magia simpatética.

Sabemos que toda vez que se establecen contactos con los núcleos del Yo fetal, se reactiva el pensamiento mágico y se agudizan capacidades de percepción extrasensorial. De la misma manera, el fenómeno de la transferencia-contratransferencia ocurre en forma inmediata, a gran velocidad y telepáticamente. Por eso se piensa que sigue las leyes de la magia del contacto y simpatía como las percepciones del Yo fetal.

Además, sabemos que tanto paciente como analista viven la interpretación como algo mágico. L. Grinberg lo ha enfatizado, destacando la constante participación del sentimiento mágico en la situación analítica, tanto en la transferencia como en la contra-transferencia; lo relaciona con los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva y considera que su raíz está en la necesidad profunda de conservar la relación objetal del tipo de la situación prenatal, donde el objeto y el Yo se confunden (primitiva identificación mágico-introyectiva) (11, 12).

Todo esto está también en la esencia de los fenómenos de la intuición y la empatía.

Trasladando estos conceptos al estudio del fenómeno particular y específico de la interpretación, diré que: la situación integrativo-depresiva que he señalado anteriormente implica además un “contacto con los núcleos fetales”, ya que la unión depresiva en tanto tiende al restablecimiento de la unidad del Yo “no puede concebirse si no están representados todos los niveles del desarrollo”.

En mi concepto, esta situación integrativa con inclusión de núcleos fetales, es factor fundamental de la “permeabilidad” en la comunicación entre analista y paciente. Así también en la relación interna dentro del Yo del analista mismo proporcionaría siguiendo el modelo de la relación Yo-Ello fetales, la “permeabilidad” necesaria para la transferencia de los contenidos inconscientes a los derivados: preconscious.

Se trata de una regresión fetal instrumental al servicio de la reparación y es

necesario diferenciarlo de otras situaciones que surgen ante la emergencia “patológica de contenidos fetales” (13, 15).

Lo que destaco es un

proceso de captación que sigue el modelo de la captación entre el Yo y el Ello fetales, pero que al tener lugar en un contexto depresivo-integrativo, presenta las mejores condiciones para la comunicación.

En síntesis, la hipótesis es:

1) Cuando en el interior del analista surge una “interpretación”, es porque ha ocurrido un proceso, que enfatizo especialmente, se da simultánea y sincrónicamente en analista y en paciente y que consiste en: un “contacto instrumental” con núcleos fetales, dado a su vez en una situación depresivo-integrativo-reparatoria que permite que la captación sea completa y no parcial o distorsionada.

2) Se logra así la “unidad” e “identidad” entre analista y paciente, lo que permite la “comprensión”. Su resultado es la “interpretación”.

3) Este contexto en el que nace la interpretación, determina la “permeabilidad” y la “sensibilidad” de analista y paciente; y es factor fundamental para que la interpretación sea adecuado símbolo verbal y emocional “integrado con la fantasía a la que representa”.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ I)E TOLEDO, L. G. de.— El análisis del “asociar”, del “interpretar” y

De las “las palabras”. “Rev. de Psicoanálisis”. T. XI, Vol. 3, 1954.

2. PICHON RIVIERE, A. A. de y ALVAREZ DE TOLEDO, L. G. de.— La música y los instrumentos musicales. “Rev. de Psicoanálisis”, T. XII, Vol. 2,

1955.

3. AIZENBERG, S.; MAROTTA, J. y PIEDIMONTE, R.— “Consideraciones acerca de la esencia del proceso transferencial-contratransferencial” (presentado en el VI Symposium de la A. P. A., 1966).
4. BARANGER, M. y W.— La situación analítica como campo dinámico. “Rev. Uruguaya de Psicoanálisis”, 1V, 1, 1961-62.
5. BION, W. R.— Aprendiendo de la experiencia. Edit. Paidós, Buenos Aires, 1966, cap. XIII, pág. 103.
6. CESIO, F. — La comunicación extraverbal en Psicoanálisis. Transferencia. contratransferencia e interpretación. “Rev. de Psicoanálisis”. T. XX, N9 2, abril-junio 1963.
- 7.-----.— El lenguaje no verbal. Su interpretación. “Rev. de Psicoanálisis”. T. XIV, N° 1-2.
8. CESIO, F. y col.; ABERASTURY, A.; GARMA, E.; SMOLENSKY, G. y ZAC, J.—”Transferencia y contratransferencia”. Relato al Congreso Panamericano 1966.
9. CHIOZZA. L. LABORDE, V. y PANTOLINI, J—”Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar”. (Presentado al Symposium sobre Transferencia. Contratransferencia, efectuado en A. P. A., junio 1966.)
10. FREUD, S.— “Técnica psicoanalítica”. T. II. Obras completas. Trad. López Ballesteros, pág. 303-363.
11. GRINBERG, L.— Aspectos mágicos en la transferencia y en la contratransferencia. “Rev. de Psicoanálisis”, T. XV, N9 4, 1958.
12. — Aspectos mágicos en las ansiedades paranoides y depresivas. “Rev. de Psicoanálisis”, T. XVI, N° 1, 1959.
13. JARAST, E. y RASCOVSKY, A.— Vivencias prenatales en la transferencia. “Rev. de Psicoanálisis”, 1. XIII, pág. 512, 1952.
14. RACKER, H.— Estudios sobre técnica psicoanalítica. Edit. Paidós, 1960.



15. RASCOVSKY, A.— “El psiquismo fetal”. Edit. Paidós, Buenos Aires, 1960.
  
16. REIDY, J.; FINESINGER, J.— El rol del insight en psicoterapia. “The Annual Survey of Psychoanalysis”, III, 377-382, 1952. “American Journal of Psychoanalysis”, 108, 726-734.
  
17. ZILBOORG, G.— The Emotional Problem and the Therapeutic Role of Insight. “The Annual Survey”. III, 382, 1952, New York