

Relato

Teoría de la Técnica

MATERIAL CLINICO

DR. LUIS E. YAMIN H.

(Sociedad Colombiana de Psicoanálisis)

I

Este relato está basado en la sesión central, transcrita textualmente en el material clínico. Es claro, sin embargo, que para su elaboración he tenido en cuenta la totalidad de dicho material.

II

La sesión central, realizada un viernes posterior a un día sin sesión,^{*} la inició muy angustiada la paciente, hablando de todo el daño que sentía al perder sus objetos y luego, en el diálogo con su mamá, de la terrible tristeza que sintió cuando ésta le confirmó que no tenía ya la menstruación y que no podría tener más hijos.

Pienso que la fantasía operante en esta línea de secuencias era que ella había dañado el interior de su madre en su nacimiento, confirmada en realidad “por ser la hija única que había salido con vida”. Esta fantasía actual en la transferencia del momento, fue colocada defensivamente por la paciente en el ayer, día en que no tuvo sesión. Inició así en la sesión central un contacto distante en el tiempo con la analista, advirtiéndole además que no sabía cómo empezar, cómo acercarse.

La primera interpretación está centrada en esta fantasía inconsciente de daño al objeto y culpa consiguiente. Su construcción gramatical, la manera

^{*} Durante el curso del historial, surge la duda si este día sin sesión se debió a discontinuidad del horario o a interrupción por parte de la analista

especial de formularla y aún la forma de ofrecérsela a la paciente, si bien permite el contacto en lo transferencial lo hace a una cierta distancia que considero una defensa paralela a la de la paciente.

En primer lugar, la analista inicia la interpretación lo mismo que la paciente su relato, en tiempo pasado, en vez de ubicarla en lo que estaba sucediendo en el presente, “aquí y ahora”. Esta forma de utilización del pretérito verbal favorece la tendencia defensiva de la paciente al estar la analista implícitamente de acuerdo con que venga a la sesión no a decir lo que pierde en ella sino a decir lo que perdió antes.

En segundo lugar, al hacerle este tipo de recuentos detallados de los relatos de la misma paciente, la terapeuta evita la relación inmediata vivencial que sólo llega ya “enfriada” después de la “distancia” que los recuentos explicativos han impuesto. Además, el tipo de lenguaje que la analista utiliza al decirle “usted me está diciendo que siente que. . . etc.”, le está no solo evitando la intensidad del momento emocional transferencial sino que también le está favoreciendo su disociación entre las funciones de sentir y de pensar.

En tercer lugar, el que la interpretación termine señalando la transferencia como un suceso más, y en relación a un posible objeto histórico no especificado, permite deducir que esta interpretación no tuvo muy en cuenta la vivencia transferencial. Solo después de un largo rodeo llega esta parte transferencial de la interpretación, acertada porque está ubicada en la fantasía operante, pero como si necesitara del rodeo para conferirle la “distancia” necesaria que la convierta en la “cucharita” históricamente intermediaria entre el pecho y la paciente.

Esta responde con una asociación cuyo contenido manifiesto procura continuar la línea de ideas que la analista destacó en su interpretación, pero cuyo significado latente muestra en mi opinión, la equivalencia entre destruir oral-sádica-mente el objeto idealizado y la madre llena de bebés. Considero que la paciente con esta respuesta complaciente y la analista a su vez con ésta primera interpretación, tratan conjuntamente de eludir la ubicación del objeto perseguidor, procurando mantener la relación en un plano de cordialidad.

En la segunda interpretación, toma más fuerza la actitud de la analista de

mantener la distancia fóbica de la paciente. Con este fin hace una interpretación de contenidos, fuera de la transferencia; contenidos que si bien pueden ser ciertos están siendo utilizados para eludir la vivencia actual del momento que en una secuencia de planos sería, analista-pecho ideal-madre llena de bebés-dañada por la niña-paciente. Esta interpretación comparte también con la anterior las características de su construcción gramatical y la manera especial de formularla, lo que en mi opinión supone la imposición contratransferencial de la distancia mencionada, reforzada ahora con un lenguaje que al utilizar palabras poco comunes, como por ejemplo: “omnipotencia”, no solamente se siente extraño sino que cumple tal objetivo.

La respuesta de la paciente sigue en la misma línea de la anterior al confirmarle manifiestamente a la analista su interpretación con el: “creo que sí porque etc...”. Además aclara que la palabra omnipotente tiene para ella un significado específico y no el genérico supuesto en la interpretación.

En la tercera interpretación la analista continúa las explicaciones detalladas que ha iniciado en la primera. Con esta secuencia de las interpretaciones en cuanto tienden a la comprensión exhaustiva de la fantasía o de las fantasías inconscientes estoy de acuerdo, porque muestra al paciente que sus fantasías se manifiestan en distintos niveles y que su analista las va siguiendo; pero mi acuerdo es parcial porque logrando este objetivo sacrifica otros que si bien no se expresan en palabras están operando económicamente con igual o más importancia. En nuestro caso, la administración del contacto.

Esta tercera interpretación, que para nada se refiere a la transferencia, confirma a mi parecer, la sospecha ya previa de que el esquema referencial teórico ha tomado el comando de las interpretaciones. Esto explica la imposición por parte de la analista, en la segunda parte de la interpretación, del tema de la muerte del padre, lo *que* acepta la paciente complacida porque le evita la ansiedad transferencial predominante del momento, correspondiente a la culpa por su madre destruida. Por eso le confirma con un si es no, cuando dice: “qué raro, debe ser cierto porque etc...”.

La cuarta interpretación, que sigue a un comienzo de llanto, y que reconstruye contenidos en relación con la muerte del padre, permite considerar que el predominio del esquema referencial teórico está motivado y a su vez evitando una ansiedad contratransferencial porque estos contenidos no

corresponden a la fantasía transferencial más urgente. Quiero decir, que la analista interpreta una fantasía edípica, ubicándose ella en el papel de madre sola, sufriendo y que no podrá tener hijos porque al padre lo ha recuperado la paciente para ella, cuando la secuencia de la sesión indica que la paciente ubica a la analista en el rol de madre destruida en un plano preedípico (varios niveles), siendo ésta la fantasía transferencial operante.* Esta fantasía concreta la interpreta luego la analista en forma acertada, al ubicarse en el rol que la transferencia le señala. O sea, que al final de la interpretación admite el rol adecuado, de madre destruida, pero no lo ubica en el “aquí y ahora” sino ayer y afuera. Le dice: “parece que ayer cuando yo fallé, como la profesora porque no tuvo sesión, se enojó tanto conmigo, que dentro suyo etc...”. Creo con todo, que aquí hubo un momento crítico en el contacto que la interpretación logró.

Una vez conseguida la confirmación consciente por parte de la paciente, la analista continúa en la quinta interpretación con la secuencia de la fantasía que está trabajando. Y lo hace en la misma forma “distante” que hemos tratado de destacar.

Aquí interpretó el “conmigo” transferencial pero lo reduce nuevamente a un pasado que suena como si le dijera: “conmigo pero no ahora, sino ayer”. La segunda parte de la interpretación basada, como la primera, en la fantasía operante, está construida y comunicada a través de una generalización que evita el contacto directo y favorece la ambigüedad de la paciente al sentir que “esa persona” puede ser o no la analista. A pesar de todo, considero que aquí también hubo un acercamiento mayor, debido básicamente a que el “conmigo” usado por la analista reflejaba el rol transferencial del momento.

Hasta aquí he querido destacar en esta sesión central, dos hechos: el primero, mi acuerdo parcial con la comprensión por parte de la analista de la fantasía inconsciente y de la ansiedad transferencial predominante y al mismo tiempo mi desacuerdo con el manejo técnico que implica, la construcción, la formulación y la manera de acercarle la interpretación a la paciente; segundo: que esta perturbación en la comunicación y el contacto en el diálogo terapéutico está centrada en la ansiedad transferencial que implica aceptar el rol temido de niña destructora y “abortada” y en la ansiedad

* El duelo por la muerte del padre está impedido por la fantasía previa de haber dañado el interior de la madre. Al revivir en *sus* pérdidas objetales la muerte del padre, básicamente la culpa operante es por la previa destrucción de la madre.

contratransferencial de admitir el rol de madre destruida y “abortadora” en el momento vivencial. Como si existiera un mutuo acuerdo inconsciente que lo estuviera permitiendo.

En la asociación inmediatamente siguiente a la quinta interpretación la paciente deja de confirmar manifiestamente lo que su analista le dice. Me detendré en esta asociación de la paciente porque en mi opinión marca un cambio en el aspecto comunicativo de la sesión. Dice: “me siento muy angustiada, estoy con taquicardia, tengo miedo de no poder ir al ensayo de la obra, tengo miedo de no hacerlo bien. Ayer mi marido me dijo: que ya que era un momento tan importante para mí y si me sentía tan mal, por qué no tomaba más sesiones. En un primer momento pensé que sí. Si usted me ayudó tantas veces, me sacó tantas veces, también podrá esta vez. Recordé que me sentí tan bien después de la última sesión, pero no se, después empecé a dudar y a sentirme mal”.

Aquí la paciente se decidió a hacer un contacto más directo, apoyada en parte, por el efecto de las interpretaciones cuatro y cinco. Ya no asocia como ha sucedido hasta ahora, para decirle a la analista que es cierto lo que ella le está interpretando, sino para decirle que la quiere más estrechamente, pero tiene miedo. Por eso, esta parte suya que la desea, la pone en su marido. Le asegura que no le hará daño; quiere afirmarle que si antes pudo ayudarle tantas veces ahora también podrá, porque no la ha dañado.

A este mejor contacto de la paciente responde la analista, permitiéndole primero que lo haga, al dejarla hablar y, con la interpretación sexta, que aunque la inicia con el lenguaje habitual: “me está diciendo que cuando etc...” la termina con ...“usted y yo ya...”, es decir, ahora. Esta interpretación, ciento por ciento transferencial, considero que muestra que al mejor contacto de la paciente la analista respondió en igual forma.

Los cambios anotados han permitido un acercamiento mutuo. La paciente se ha dado cuenta que no es tan peligrosa cuando la analista se ocupa de ella. Ahora que lo está haciendo ya no necesita confirmarle conscientemente sus intervenciones diciéndole: “si porque” ó “debe ser cierto”, lo que ha correspondido a: “usted no está dañada” ó “usted es buena”, sino que puede iniciar sus asociaciones en una forma directa. La siguiente la inicia así:

“ayer por casualidad, estuve ojeando etc. . .“ En esta asociación la paciente le dice a la analista que la estaba viviendo como observadora del psicoanálisis del grupo de la obra de teatro (pantomima) de ella. Estaba agradecida por esto porque en cierta forma evitaba actualizar su intensa culpa transferencial. Ahora se alegró mucho porque si se ocupaba de ella, de su cuerpo, * lo sentía como prueba de que no era tan mala, pero luego dudó, no sabía qué decidir, esto la desconcertaba.

La interpretación séptima es transferencial. A esta altura de la sesión, la interpretación va encontrando definiciones técnicas más y más adecuadas que van permitiendo una menor distancia. En esto continúa la relación directa que Surgió de un poco más de la mitad de la sesión para acá. La explicación de contenidos que en ella se observa no ahoga el sentido y la vivencia transferencial.

La paciente empieza a llorar y en esta forma más vivida puede comunicarse, se puede ocupar de ella misma y por lo tanto de su capacidad de dañar. Al aceptar ésta, acepta su culpa. De ella es todo esto.

En la primera parte de la interpretación octava la analista la acepta y le muestra el contacto que ha logrado. Luego le hace una reconstrucción de la totalidad de la sesión, formulación teórica que en mi opinión procura poner nuevamente una distancia artificial al contacto vivencial logrado, como si así anticipara en forma defensiva la separación franca y explícita al término de la sesión.

III

He anotado un cambio en la mitad de la sesión central que me ha permitido dividirla en dos partes. Hasta la primera mitad, traté de destacar dos hechos: uno, mi desacuerdo técnico no solo con la construcción extratransferencial de las interpretaciones sino con su formulación y comunicación, y dos, mi impresión de que ansiedades contratransferenciales

* Aquí el cuerpo interpretado como tal Por la analista, puede significar además para la paciente, que su analista, al dejar de interpretar contenidos históricos, fuera de la transferencia, le permite integrar la disociación anotada antes en relación a sus vocaciones.

estuvieran permitiendo desubicar de los roles concretos a analista y paciente. El segundo hecho estaba promoviendo el primero. La ansiedad contratransferencial impedía la interpretación en el “aquí y ahora”. En la segunda mitad de la sesión, que he considerado distinta en relación al contacto y comunicación bipersonal deseo destacar también dos hechos que explican el cambio: el primero, que en la medida en que las ansiedades contratransferenciales permitieron a la analista ubicar los roles actuales, surgieron interpretaciones transferenciales, permitiendo éstas a su vez la comprensión en el paciente de los roles ubicados. El segundo hecho: mi desacuerdo técnico anotado en la primera parte de la sesión persiste en lo que se refiere a la formulación y comunicación de la interpretación al paciente, pero la explicación de mi desacuerdo está ahora basada en la diferencia de esquemas referenciales.

La paciente inicia la sesión en un estado tal de destrucción y de maldad que teme acercarse y tomar contacto. La analista, con un criterio con el que estoy de acuerdo, le favorece su comunicación. Esta actitud distante con que la paciente inicia la sesión va lentamente perdiéndose para mostrar desde la mitad de ella un acercamiento cada vez más estrecho y que muestra que la paciente perdió su actitud fóbica de entrada y logró contactar en forma más adecuada.

Considero que el contacto inicial, basado en la destrucción y el daño, logró desubicar a la analista quien a su vez inició su contacto también en una forma distante, ofreciéndole interpretaciones con reconstrucciones de contenidos, con un lenguaje especial y al principio totalmente fuera de transferencia. Considero también que la analista favoreció la actitud fóbica (contrafóbica) de la paciente al alejarla inicialmente y después acercarla con interpretaciones más francamente transferenciales.

He pensado que la paciente ha mantenido cerca o lejos a su analista según sus propias necesidades y la analista no ha tomado conciencia de este manejo, lo que la ha llevado a satisfacer inconscientemente las apremiantes necesidades de la paciente.

Es claro que la paciente va acercando a la analista en la medida en que lo

va permitiendo su progreso, pero creo en esta sesión central, que la analista soportó, por así decirlo, esta necesidad temida de la paciente interpretándola, sobre todo en la primera parte, como contenido, pero evitándola en lo posible, en el “aquí y ahora”. El hecho además de que el aspecto formal de las interpretaciones y la manera de ofrecérselas mantenga cierta similitud con una de las problemáticas básicas de la paciente, que tiene que ver con esto de la distancia en los contactos y que está reducido históricamente a la forma de recibir el pecho y la manera en que se le ofreció la “cucharita”, me han inducido a pensar que ansiedades contratransferenciales hayan también motivado que la primera mitad de la sesión ofrezca las características que hemos anotado.

IV

Con relación al encuadre la analista nos informa que no hubo dificultades técnicas especiales sino las habituales en un caso de esta naturaleza. Su línea técnica seguida se apoyaba en el análisis predominante de la transferencia y la utilización -de la contratransferencia. La paciente siempre cumplió las condiciones del contrato aunque durante bastante tiempo se negó a tomar una cuarta sesión por haber empezado con tres, por -razones económicas. Aunque es obvia la actitud analítica de modificar el encuadre, aumentando la sesión a que hace referencia, queda uno con la inquietud, sobre todo cuando se trata de discusiones técnicas, de conocer la forma técnica utilizada para llevarla a cabo y la manera en que la paciente respondió -a lo que parece era una exigencia permanente de la analista.. Da la impresión que la analista no consideró de utilidad mencionar estos hechos con más detalle no sólo porque el propio esquema referencial así lo sustente sino también porque alguna otra motivación contratransferencial estuviera presente. La idea de que la analista utiliza la contratransferencia en el transcurrir de la relación analítica no está de acuerdo con el hecho de que la contratransferencia, entendida como reacción necesaria e indispensable, no hubiera sido concretada en ningún momento en todo el relato del material clínico. La utilidad se referiría a la influencia tácita que ejercería en la totalidad de la actitud y posición de la analista, pero sin que esta influencia deba, en este tipo de esquema, manejarse con la facilidad e instrumentación con que se pueda tratar la transferencia.

En mi opinión, la conservación del encuadre constituye un requisito constante e indispensable para permitir el progreso de la relación. Esto no implica que la rigidez de estas constantes deba prevalecer en la estructuración analítica, sobre todo cuando el encuadre inicial que va a enmarcar esta situación no es de la mayor utilidad, como fue en el caso presente.

V

Las interpretaciones utilizadas por la analista en la sesión central tienen características similares y características diferenciales. Hay ocho interpretaciones: la segunda y la tercera fuera de transferencia; la primera da un largo rodeo para llegar a la transferencia; la cuarta y la quinta la tocan pero evitan el “aquí y ahora” concreto; la sexta, séptima y octava están centradas en la transferencia y considero la sexta como la más acertada dentro del esquema que comento. De ellas tomaré los siguientes elementos: a) lo transferencial-extratransferencial; b) cantidad y longitud y c) lenguaje.

a) Lo transferencial-extratransferencial

Una interpretación es transferencial cuando el analista ubica adecuadamente el rol que el paciente por identificación proyectiva está colocándole y así puede mostrarle lo que está haciendo con él en ese momento. Si el analista no ubica, por cualquier causa que sea, el rol que el paciente le está señalando no podrá hacer interpretaciones transferenciales por más que lo que interprete lo acompañe con las palabras “aquí ahora, conmigo”. Considero que la ansiedad contratransferencial es una de las razones que impide que el analista ubique adecuadamente el rol transferencial que el paciente le señala, surgiendo entonces interpretaciones fuera de transferencia; en nuestro caso, las interpretaciones 2 y 3.

O puede suceder que el analista ubique adecuadamente lo identificado proyectivamente por el paciente pero lo interprete falsamente, movido también por ansiedades contratransferenciales. En la interpretación cuarta la madre no puede tener hijos no por falta de padre sino porque la “niña única” ha dañado su interior. Esta madre dañada es el rol que la paciente está viviendo en la analista. La analista se ubica adecuadamente en el rol de madre pero no dañada, es decir, no lo interpreta como madre destruida por su hija sino lo interpreta como madre sola sufriendo y que no podrá tener hijos porque a papá lo ha recuperado la paciente para ella.

Estas interpretaciones extratransferenciales que estoy comentando, las considero distantes del momento transferencial, que ansiedades contratransferenciales están promoviendo activamente.

Otras veces, surge como defensa en el analista, correspondiente a la del paciente, la distancia en tiempo. En la interpretación quinta la analista le dijo a la paciente: “conmigo pero no ahora, sino ayer”.

b) Cantidad y Longitud.

Las interpretaciones que comentamos son largas, detalladas, explicativas y completas y hay bastantes interpretaciones. Estas características de las interpretaciones, que descontando el aspecto contratransferencial, están basadas en un esquema referencial que merece todo mi respeto pero que no

comparto, traen de la mano hechos analíticos que vale la pena mencionar:

1) Tienen que ver con la administración de la distancia. La longitud y cantidad de las interpretaciones de la sesión que comentamos hacen deducir un contacto distante entre los dos participantes. El predominio de las explicaciones lógicas y completas, que suenan educativas, imponen esa distancia que evita la cercanía vivencial. Por supuesto, que desde la mitad de la sesión, hay un mayor contacto vivencial pero no parece tener la misma intensidad que hace suponer la paciente tuvo el día anterior, como si por esto pudiera pensarse, que el día sin sesión, vivió más intensamente lo que el día de la sesión no logró. Esto por supuesto es también atribuible a Sus ansiedades fóbicas.

Atrás nos hemos referido a la circunstancia de que la psicopatología de la paciente esté influyendo en la distancia que la analista necesita para contactar con ella, a través de las interpretaciones.

2) Tiene que ver con predominio de paciente o analista. La mayor participación del analizando, da la impresión que va hasta cuando la analista comprende una fantasía inconsciente comunicable. Desde entonces hay un predominio de la analista, dando por momentos la impresión de que se ha hecho cargo de funciones vitales importantes de la paciente lo que le permite lograr de ésta la confirmación gratificante del “si porque”, “creo que sí porque”, etc. Como si la analista al comprender la fantasía inicial, predeterminara el resto de la sesión no permitiendo imprevistos que pudieran surgir. Pienso que la analista en esta forma impone involuntariamente a la analizada gran parte del material, la secuencia del mismo y hasta la manera de comunicarlo. Esto lo veo también en el “si porque”, “creo que si porque”. En la tercera interpretación he entendido que la analista sugiere a la paciente el tema de la muerte del padre.

Por otro lado, el predominio interpretativo de la analista explicaría que esta sesión central termine con una interpretación, deseando uno saber por boca de la terapeuta, en qué condiciones salió la paciente de la sesión, tal como lo hizo al iniciarse ésta.

Surge aquí la posibilidad de que el esquema referencial teórico pueda

utilizar un terreno abonado para predominar, como parte importante del analista. El peligro es mayor cuando este predominio mantiene gratificaciones mutuas que siempre son defensivas. He sugerido esto en la cuarta interpretación.

3) Tiene que ver con el “dar y recibir”. El predominio del analista que hemos mencionado permite una inclinación de la balanza que configura el “dar y recibir”, hacia uno de los lados, descuidándose el otro. El “dar” del analista en el plano educativo es “dar poco” en el plano vivencial y esto también sucede con el “recibir” del paciente. Considero que en la relación analítica el paciente necesita más una “calidad” en el dar que una “cantidad”. Vale decir, un “dar vivencial”, es más efectivo, que un “dar intelectual”. En nuestro caso, históricamente, un pezón y no una cuchara.

e) Lenguaje.

Considero definitivo el lenguaje que la interpretación utiliza para la administración de la distancia. No sólo el lenguaje que se utiliza para construir y formular la interpretación sino también las palabras que inician y terminan el contacto que la interpretación lleva a cabo. He considerado antes, que las palabras con las que la analista, en la sesión que comentamos, ofrece a la paciente la interpretación, es una manera de imponer una distancia defensiva. “Lo que me está diciendo”, “parece entonces” son usuales en las iniciaciones de las interpretaciones.

Por otro lado, considero que las palabras sencillas, del lenguaje común, son las adecuadas para la formulación de las interpretaciones. Usando un lenguaje similar al del paciente está uno más seguro de conseguir en él comprensión y al mismo tiempo evitar distancias artificiales. En la sesión central, surgen como “elementos extraños” en el lenguaje, palabras científicas o del vocabulario analítico, como por ejemplo “omnipotencia”, que son distanciadoras en la relación. Se corre el riesgo, como en nuestro caso, en la segunda interpretación, que la paciente explique en forma concreta y en palabras comunes lo que la analista ha dicho con palabras técnicas, lo que en mi opinión puede equivaler a un cambio de roles.

Antes de terminar deseo expresar mi admiración y simpatía a la autora del material clínico, mi respeto por su trabajo y la manera de llevarlo a cabo y aceptar la certidumbre de que esté más cercano a la verdad de los hechos clínicos de lo que estuvieron mis comentarios. He encontrado con la autora muchos puntos comunes, teóricos y técnicos, pero el objetivo era dedicarme a los puntos discutibles. Mi propio esquema referencial, sin necesidad de demarcarlo claramente, sirvió en forma tácita, de contraste frente al del historial. Por último, mis ideas permitieron mostrar mi acuerdo con la concepción diagnóstica con que recibió a la paciente.