

¿Incluimos nuestros presupuestos en la actividad de autoanálisis?*

Ricardo Bernardi,

*Beatriz De León de Bernardi***

1) Introducción

Todo analista realiza su actividad a partir de ciertos presupuestos. Los más visibles están en sus teorías analíticas: ellas contienen sus concepciones sobre el funcionamiento de la mente, sobre la patogenia, sobre el tratamiento y sus reglas, sobre los factores de cambio psíquico, y sobre otros aspectos - que no son siempre los mismos en las distintas teorías -. En forma menos visible las teorías del analista se prolongan en su Weltanschauung, lo que incluye su posición ante la vida, la muerte, el amor, el trabajo, y otras muchas cosas. Por último, y en forma menos visible por la persona misma, está su estilo de comunicar y reaccionar, sus modalidades de escuchar, sentir y responder, sus pautas sensoriales y motrices. Estos últimos no son considerados como presupuestos por la persona misma, que no los siente como tales, sino desde la perspectiva de quien intenta establecer la comunicación con ella, que sabe que debe tomarlos en cuenta si desea entrar en contacto real. Cada paciente aprende también a conocer cómo es su psicoanalista, cuando y a qué responde y cuando y a qué no.

Estos supuestos forman parte de la identidad del analista y de su instrumental teórico y técnico. Muchas veces dan la impresión de que para cada uno de nosotros son verdades evidentes por sí mismas que no motivan la necesidad de ser investigadas psicoanalíticamente; otras veces tienen un carácter preconsciente y pasan desapercibidos. Más importante aún, es que con

* Este trabajo formará parte de un libro sobre Autoanálisis a ser editado próximamente por Analytic Press y en el que han sido invitados a participar: D. Anzieu, S. Bach, S. Blatt, e. Bollas, K. Calder, S. Cooper, R. Eifermann, R. Gardner, J. Gedo, J. Grostein, A. Margulles, J. Maclaughlin, S. Mitchell, E. Schwaber y M. Shane. Su publicación en esta revista ha sido autorizada por Analytic Press.

** Santiago Vázquez 1142. 11300 Montevideo. Uruguay

frecuencia tomamos nuestros propios modos idiosincráticos de ver y sentir como los únicos posibles. Esto dificulta que se pueda percibir lo diferente en el paciente, en los colegas, y también en lo desconocido y potencialmente creativo de nosotros mismos.

Estos supuestos son del analista y preexisten a la relación con el paciente. En ese sentido son diferentes a la contratransferencia, la cual implica una reacción ante el paciente y su transferencia. Más que con el contenido de las teorías, tienen que ver con la actitud que el analista tiene hacia ellas.

La relación de estos supuestos con el autoanálisis es doble. Por un lado ellos condicionan al autoanálisis y pueden llegar a limitarlo, dejando fuera de él a una parte de la actividad psíquica. Pero si se logra una mayor autoconciencia acerca de estos supuestos, puede abrirse un camino fecundo hacia una mayor comprensión de la forma en que funciona la mente del analista y de su interacción con el paciente. Este autoanálisis no es, con todo, fácil: estos supuestos tienden a hacerse concientes sólo en su aspecto intelectual, dejando ocultas sus raíces inconcientes.

Tampoco es fácil llegar a ellos durante el análisis didáctico, como luego veremos. Por otra parte se desarrollan y cambian a lo largo de la vida, lo que requiere que permanezcan permeables a la actividad autoanalítica. Sostendremos que un primer paso, imprescindible, es que puedan ser objeto de autoobservación por medio de una actitud de disposición al autoanálisis.

Es necesario, antes que nada explicitar el sentido que daremos a este término.

2) La disposición al autoanálisis

Ciertas ideas sobre el autoanálisis parecen estar fuera de discusión: que el autoanálisis de Freud incidió en el origen mismo del psicoanálisis, que todo análisis debe desembocar en un incremento de la capacidad de autoanálisis y que es necesario que esta capacidad sea puesta en juego por el analista en su trabajo para comprender la relación transferencial - contrastransferencial con el paciente.

Sin embargo numerosos puntos permanecen aún abiertos a la discusión. ¿Se practica realmente el autoanálisis en la forma en la que Freud lo realizó? ¿o se trata más bien de una actitud espontánea y fluctuante de mayor permeabilidad hacia ciertos aspectos inconcientes? Y de ser así ¿cuál es el alcance de los insights obtenidos? ¿Son suficientes para conservar los logros terapéuticos del análisis o recuperarlos cuando están amenazados? ¿Qué tipo de trabajo de autoanálisis requiere el analista en su labor? ¿Cuáles son las zonas de su mente que tiene que dejar abiertas a la atención flotante dirigida hacia sí mismo?

Esta última cuestión será la abordada en este trabajo.

Los autores provienen de una tradición psicoanalítica (la de Uruguay y del Río de la Plata) en la que se espera que el analista sea capaz de mantener una actividad de autoanálisis que lo ayude en su labor y en su vida personal, sin perjuicio de retomar al análisis cuando lo sienta necesario. Se ha señalado (Grinberg, J. y Lichtmann, A., 1981) que el acceso al inconciente que se logra por el autoanálisis es siempre incompleto y expuesto a soluciones de compromiso. Pero también se ha insistido en la necesidad de que se establezca una “función psicoanalítica” en la personalidad para que pueda tener lugar la separación con el analista y la finalización del análisis (Berenstein, P. de, y Fondevila, 8. de, 1989). C. Bollas (1987) ha jerarquizado el carácter vivencial de esta posibilidad de recibir noticias del propio self.

Hemos propuesto más arriba la conveniencia que el analista mantenga accesible a la actividad de autoanálisis los supuestos a partir de los cuales establece la interacción con el paciente. Esta actividad podría caracterizarse con algunos de los distintivos con los que G. Ticho (1967, 1971, citado por Thomä y Kächele, 1989) caracteriza al autoanálisis: captar señales de conflictos inconcientes, dejar que los pensamientos puedan fluir en asociación libre sin demasiada angustia, poder esperar largamente para comprender un conflicto inconciente, y ser capaz de utilizar los insights ganados.

M. Baranger et al. (1969) hablaron de una “disposición a analizar-se” que debía esperarse del futuro analista, la cual implicaba: la curiosidad dirigida al mundo interior, el impulso a investigar lo desconocido y la capacidad para tolerar la duda.

Llamaremos disposición al autoanálisis a una actitud de atención flotante dirigida hacia el interior del analista, en el que se produce una suspensión del juicio y la posibilidad de exponer las propias convicciones y modos de pensar y sentir a un estado de cuestionamiento que estimula las asociaciones libres y las vuelve perceptibles. Es un primer paso hacia el autoanálisis, pero importante porque determina la amplitud de las zonas internas que se vuelven accesibles. Esto le permitirá al analista no sólo una mejor captación de las señales de los conflictos internos involucrados en la contratransferencia, sino también una más fina comprensión de su propia participación en el proceso analítico. De esta manera pasan desde el yo observador al yo observado aspectos del modo personal de escuchar e interpretar, que habitualmente pasan desapercibidos.

Esta actividad de autoanálisis puede iniciarse durante la sesión, pero requiere ser continuada y profundizada fuera de ella.

3) Autoanálisis en la sesión

La disposición a incluir en el autoanálisis los supuestos pertenecientes al analista, se muestra particularmente esclarecedora en los momentos en los que la interacción analítica entre paciente y analista es más intensa y ambos se sienten participando en un proceso de transformación con un fuerte componente transferencial - contratransferencial.

Estos momentos tienen distinta significación y han sido estudiados desde diferentes conceptualizaciones. Así por ej. se ha insistido en la hipótesis de considerar lo que ocurre en la mente del analista como efecto de las identificaciones proyectivas del paciente. Pero se ha también mostrado que esta perspectiva puede oscurecer la participación del analista en este proceso (J. P. Jiménez, 1989).

W. y M. Baranger (1983) han señalado que la noción de un “campo común” a analista y paciente permitía comprender de una manera más fina los intercambios entre ambos.

Los momentos de intensa interacción analítica constituyen verdaderos puntos nodales en los cuales es necesario comprender la necesidad tanto de movimientos de acercamiento como de discriminación entre analista y paciente. También aquí existen diferentes conceptualizaciones sobre los fenómenos implicados (procesos de separación - individuación, integración de partes escindidas y proyectadas, desimbiotización, desidentificación, castración simbólica, etc.). Aunque desde distintos contextos teóricos, todos ellos incluyen el reconocimiento de que está en juego el dolor psíquico del paciente ante la necesidad de diferenciarse. También para el analista

implica cierta renuncia el admitir que su comprensión es siempre parcial y es sólo posible desde los parámetros de su propia realidad psíquica, la cual no puede constituirse en modelo de la del paciente ni de la de los otros colegas.

E. Schwaber (1986) ha mostrado con claridad las implicancias teóricas y clínicas de la noción de realidad psíquica introducida por Freud:

“It is very difficult to enter another’s inner world and to recognize that the only truth that we can seek is the patient’s psychic truth - of the past or of the present - and that what we so firmly believed about ourselves may be perceived quite differently, given meaning quite unlike our own and with as much validity

La disposición al autoanálisis permite al analista tomar conciencia de los supuestos desde los cuales él se representa el proceso analítico desde su propia realidad psíquica. Cada analista introduce su propia “ecuación personal” entre la escucha y la interpretación.

Para estudiar el alcance de la actividad autoanalítica en la sesión y desarrollar e ilustrar algunos de los temas arriba mencionados nos referiremos a una secuencia de tres momentos de un caso clínico, al cual uno de nosotros se ha referido ya en otro trabajo (de León, 1991).

Primer momento.

En el transcurso de una sesión a la analista se le destaca el segundo de tres sueños que una paciente ha contado. Era un sueño muy breve pero expresaba en forma concisa la vivencia que la paciente podía tener del efecto de las palabras de la analista.

“Soñé que ...alguien adivinaba que yo tenía una fractura en el hueso del oído. Tenés fracturado me decía... Con razón, el huesito me dolía..., era el oído derecho... Hay tantas cosas, tantas cosas que no quisiera escuchar.”

Veamos ahora la reacción de la analista. Inmediatamente asocia “fractura” con representaciones borrosas de caldas y sufrimientos (no son solo imágenes visuales o cenestésicas, se acompañan también de una tonalidad emocional). En forma conjunta siente un impulso motriz indefinido y la asalta la imagen de sostener en los brazos a la paciente. Emergen entonces recuerdos de episodios de la infancia de la paciente relatadas en sesiones bastante alejadas en el tiempo. Nada de esto es verbalizado y la sesión continúa en tomo a las asociaciones relacionadas con los sueños.

Repensemos nuevamente esta situación clínica. Tanto en el sueño como en la sesión la acción se suspende y en la analista opera un mecanismo similar al de la regresión formal (Freud, S. 1900). La paciente transmite un sueño cuyas palabras adquieren para la analista un fuerte poder expresivo. Pero anteriormente es probable que algún aspecto de las interpretaciones de la

analista, tal vez su voz, ha servido de resto diurno para la elaboración del sueño. Esto remite tanto a experiencias corporales dolorosas de caídas y fracturas como a experiencias emocionales de sufrimiento psíquico revividas en el análisis.

La respuesta de la analista surge inmediatamente y se expresa en un registro sintónico con el del paciente. Así la imagen de “sostener en los brazos a la paciente”, asume una cualidad figurativa intensa e incluye un impulso a realizar la acción corporal.

En este caso la imagen en la mente del analista es una representación de carácter motriz que expresa el gesto no realizado en la situación analítica y que deja paso a la evocación de recuerdos de ese análisis. Asimismo en el gesto imaginado está implícita la identificación emocional, empática con el sufrimiento corporal y psíquico de la paciente y el deseo de evitar la repetición de una caída traumática.

Racker (1968) distinguió en la contratransferencia las identificaciones de tipo concordante y las de tipo complementario. En este caso, predominan los sentimientos contratransferenciales de tipo concordante, pero la imagen que irrumpe presenta el carácter de una acción complementaria (sostener a la paciente).

Una semana después la analista se sorprende cuando la paciente dice: “*y acá pataleo por defender la última capa de fortaleza porque si no, me caigo, me caigo de verdad.*” Cuenta que estando recostada en un sillón, fuera de la sesión, ha tenido una sensación angustiosa de caerse. La paciente relaciona esta situación con el análisis, pero a la analista se le destaca el excesivo cuidado que la paciente pone en no expresar ninguna protesta contra ella. Cree percibir que en forma latente existe hostilidad contra sus palabras que provocan sensaciones de “fractura”. Interpreta entonces el temor a los cambios que el análisis pueda traerle y sus inquietudes acerca de sí podrá sostenerla aún en sus aspectos agresivos.

Vemos como aquí aparece explicitado por la paciente el temor a la caída y a la fractura cuya intuición había aparecido en la imagen de la analista. Posteriormente la paciente asocia su angustia con las situaciones de su historia que la analista había evocado anteriormente. En la analista vuelven a aparecer las imágenes y los impulsos que se habían hecho presentes concomitantemente al relato del sueño.

¿Anticipación, concordancia sincrónica, inducción? Nuestra impresión es que aún queda mucho por comprender acerca del fino entramado de la interacción entre analista y paciente.

Segundo momento:

Un mes después al saludar al inicio de la sesión la paciente resbala y cae. La analista se

siente obligada a sostenerla y a dejar que se apoye en su mano.

Este acting de la paciente produce distintas reacciones en la analista. El contacto corporal se acompaña de un sentimiento de incomodidad, a la vez que piensa que no puede dejarla caer. Se pregunta si no habrá existido por parte de ella alguna forma de seducción que pudiera haber inducido la actuación. ¿Tal vez algún elemento de complacencia en el aspecto dual de la relación, que impediría el avance del análisis hacia puntos necesarios, aunque dolorosos, de fractura, que ambas quisieran evitar? ¿O es acaso la única forma en la que estos afectos pueden ser transitados?

Tanto en el primero como en el segundo de los momentos mostrados vemos expresado, como en un crescendo, el movimiento de concordancia entre analista y paciente. El relato del sueño despierta la capacidad de reverie del analista en un registro que evoca la alucinación onírica. Se da un fenómeno de gran permeabilidad entre ambos aparatos psíquicos. Palabras del analista y escucha del paciente, tondo y voz del sueño) quedan así armónicamente ajustadas, caracterizando el transcurrir del proceso analítico. La analista parte del supuesto que está aportando al paciente lo que le faltó en las situaciones traumáticas y que el análisis puede ahora brindar.

Sin embargo, es en el episodio del traspie donde lo disruptivo del acting plantea una interrogación a la analista. Necesita preguntarse cuánto de lo propio, ya sean conflictos, vivencias, modalidad personal o formación teórica, ha incidido en este hecho y contribuye a determinar el proceso analítico. Se pregunta también por los aspectos de la paciente que no han sido aún comprendidos. Comienza entonces a aparecer en ella (en la analista) un sentimiento de inquietud y alerta.

Tercer momento.

En sesiones siguientes el análisis se orienta hacia los aspectos homosexuales de la transferencia, unidos al recuerdo de ciertas características del vínculo con la madre. La paciente vive con mucha intensidad las situaciones de separación con la analista. Así ante una interrupción sueña con situaciones en las que se ve “tirada” o abandonada.

Se repite el tema de la calda. La analista tiene por momentos la sensación de no hacerle suficiente lugar. En este período la paciente muestra un sufrimiento intenso, vinculado a una problemática sadomasoquista. El sentimiento contratransferencial es muchas veces de incomodidad y de impotencia frente a los aspectos autodestructivos la paciente.

Un sueño muestra la intensidad de la solicitud a la analista y el pedido de implicancia personal en el vínculo:

“Soñé que venía acá y me atendía una señora. Era su madre.

La analista siente que debe hacer frente a sentimientos contratransferenciales que involucran ahora ámbitos que comúnmente quedan fuera de la tarea analítica. La analista siente que la demanda es de encerrarse en un vínculo exclusivo madre - hija. Estos aspectos pudieron ser trabajados ulteriormente.

Hemos visto la hiperintensidad que asumen algunas de las imágenes en la analista, lo que lleva a su atención flotante se dirija a ellas. Hasta el momento en que la paciente cae realmente, la impresión de la analista era la de que el proceso analítico transcurría sin problemas. Es en ese momento cuando comienza a interrogarse sobre su participación y cuando se pregunta sobre el carácter defensivo de sus vivencias.

La analista siente que se han actualizado vicisitudes de su constelación edípica infantil, de su propia novela familiar. Irrumpen imágenes de su historia, recuerdos también de sus vivencias analíticas como paciente. Este proceso no llevó en éste caso a nuevos insights o al descubrimiento de aspectos personales reprimidos, pero la disposición al autoanálisis permitió estar atenta a los procesos de actualización y reelaboración de los propios conflictos.

Queremos destacar que, durante este periodo, la analista a la vez que evocó su propia historia personal, sintió en forma clara las diferencias entre las experiencias de la paciente y las suyas propias así como entre los caminos que la paciente tomaba en su análisis y los que ella habría tomado o previsto para la paciente. La percepción de similitudes y diferencias y una mayor incertidumbre caracterizó a este período y se acompañó de un sentimiento de desazón y pérdida en la analista, expresión, creemos del dolor por la diferenciación. La disposición al autoanálisis ayuda al analista frente a su tendencia a borrar las diferencias con el paciente y a tolerar la diversidad de las soluciones vitales. Aporta también una mayor libertad frente a lo nuevo. También le hace tomar conciencia de que su forma de analizar no es la única posible, y que el análisis con otros analistas hubiera transcurrido por caminos diferentes.

Según M. y W. Baranger (1983, p.529): “Cada uno de nosotros dispone se lo haya formulado o no, de una especie de diccionario contratransferencial propio (vivencias corporales, fantasías de movimientos, aparición de determinadas imágenes etc.) que marca los momentos en que uno abandona la actitud de “atención flotante” y pasa a la segunda mirada, interrogándose acerca de lo que está ocurriendo como campo.” (subrayado nuestro).

La analista disponía de los modos del sostener, ser sostenida o carecer de sostén, vivenciados por ella en relación a su historia infantil y a sus experiencias analíticas, incluyendo sus propias formas de expresar esto corporalmente, incluyendo lo que Stern (1984) ha denominado “vitality affects”, o sea, tonalidades afectivas marcadas más por el ritmo de la acción que por el contenido emocional.

La inquietud y el alerta aparecieron cuando la paciente introdujo palabras que no estaban en el diccionario de la analista, o al menos, que no eran lo que se esperaba escuchar en ese momento. A partir del acting ocurrió algo del orden de un duelo: para poder avanzar en el análisis se debía dejar de lado la forma en que había acompasado sus vivencias a las comunicaciones de la paciente. Debía abandonar algo propio y valorado para que otros aspectos nuevos y no anticipables pudieran aparecer.

Disposición al autoanálisis y relación con las teorías

En lo que antecede hemos pasado de la concepción del analista espejo, a la idea de una Interacción en la cual el paciente es también sensible frente a lo que el analista pone en la relación. El paciente percibe y reacciona ante la realidad psíquica del analista. La interpretación y el modo de brindarla recogen elementos de distintos estratos del psiquismo.

Las posiciones teóricas explícitas del analista constituyen la punta del Iceberg en relación a su Weltanschauung. Pero más importante que el contenido de sus teorías es el modo en la que el analista se relaciona con ellas y a la forma en la que están presentes en su práctica y más profundamente en su identidad analítica.

El análisis y por ende el autoanálisis de los aspectos inconcientes implicados en la relación con las teorías es un punto por lo general poco abordado. Los componentes eminentemente racionales que están presentes en este campo hacen que fácilmente queden descuidados los aspectos emocionales, tan visibles sin embargo en la vida institucional.

Estos aspectos inconcientes son los que deben quedar abiertos a la posibilidad de análisis, lo que es una tarea de toda la vida, en la medida en que se supone que el analista continúa aprendiendo de la experiencia y enriqueciendo y transformando sus ideas a lo largo de su trabajo. Pero al mismo tiempo es preciso tener en cuenta que la postura ante las teorías, individual y sobre todo colectiva, puede influir sobre el alcance de la disposición al autoanálisis de estos aspectos, ya sea favoreciendo o obstaculizando que se tome conciencia de problemas que necesitan ser elaborados. En lo que sigue no apuntaremos tanto a describir la conexión de estos problemas con los conflictos inconcientes del analista, sino al paso inicial que hace posible que un problema quede accesible a la exploración analítica.

La disposición al autoanálisis favorece que las convicciones teóricas del analista queden en un estado abierto a la asociación libre, atenuándose las restricciones que impone el proceso secundario. Permite percibir ideas sobrevaloradas que aparecen como verdades incuestionables,

dudas o vacilaciones recurrentes o insolubles, inhibiciones para producir, o puntos ciegos ante lo que requiere un nuevo esfuerzo de conceptualización. Estas situaciones por lo común exigen tanto un esfuerzo de autoanálisis propiamente dicho, como nuevos avances en la reflexión, pero realizados ahora con mayor libertad emocional. Para poder entrar en contacto con su materia prima, las teorías analíticas necesitan poder ser tratadas como las teorías sexuales infantiles, como ha señalado M. Lijtenstein (1976).

Volvamos ahora a nuestro ejemplo. Paciente y analista vivieron en la interacción las vicisitudes y transformaciones de una fantasía, expresada a través de distintas modalidades sensoriales, en concomitancia con la regresión formal operada. Stern (1984) ha jerarquizado la importancia que tiene para el desarrollo del self del niño la elaboración transmodal de la información, es decir, la integración de diversas vías sensoriales tanto a nivel del propio self como en los fenómenos de sintonía afectiva (“affect attunement”) con la madre. Es posible que un aspecto del crecimiento psíquico del paciente relacionado con la expresión de afectos necesite apoyarse en estos aspectos no verbales de la interacción, a través de los cuales se expresaría el grado de ajuste entre analista y paciente.

Desde una perspectiva teórica diferente pero con conclusiones convergentes P. Marty (1985) y con él la escuela psicósomática de París, ha puesto el acento en los procesos de mentalización que conducen desde el mosaico primario de funciones corporales hasta la constitución del preconscious, como órgano altamente individual y especializado, caracterizado en cada persona por el grado de riqueza, fluidez y estabilidad que ha logrado en su desarrollo.

De todo lo expresado se desprende que cuando los procesos interactivos del análisis deben interpretarse en términos verbales sólo 10 pueden hacer a través de las peculiaridades de la organización preconscious del analista. Sólo es posible hablar con nuestras propias palabras. En definitiva, lo que un historial clínico nos muestra es el proceso analítico tal como está representado en la mente de un analista dado (o de un tercero que reinterprete el material), es decir, transcripto a su propio código.

Para decirlo en términos freudianos, la unión de la representación cosa con la representación palabra siempre tendrá un carácter singular e idiosincrático. Por eso es que el analista formule la interpretación con sus propias palabras, como un paso en dirección a que el paciente encuentre las que son de él.

Pero aquí se plantea un problema que no podremos ya dejar de lado en este trabajo, y es que esta formulación será diferente según cuál sea la concepción teórica del analista. Es necesario, pues, prestar atención al tipo de variaciones que esto genera entre analistas con distinta orientación. Este es un campo que parece importante que quede abierto a la posibilidad

de autoanálisis, en especial la dificultad para lograr ponernos en el punto de vista del otro y pensar y decir las cosas cómo él lo haría. Esto nos permitirá comprender mejor las características y límites de nuestra propia forma de pensar.

En este punto es útil volver al ejemplo cínico y preguntarnos cuáles serían las representaciones verbales compartibles entre analista y paciente, y cómo variarían desde diferentes escuchas.

Podemos plantear varias posibilidades hipotéticas. La primera de estas representaciones verbales compartibles, podría expresarse en un supuesto enunciado de la paciente que dijera: “*Quiero que la analista me sostenga porque me caigo*”. A esta primera solicitud de la paciente la analista responde con el impulso de evitar una caída traumática, que luego se repite en el movimiento espontáneo de sostenerla para que no caiga cuando resbala.

Pero como Freud lo mostró (1911, 1919), este tipo de enunciado está sometido a transformaciones inconcientes, de las cuales señalaremos dos.

Una segunda frase podría ser: “*Quiero caerme, porque no me sostienes bien.*” Esta versión puede incluir distintos matices, que, de hecho, corresponden a fantasías desplegadas en el proceso analítico. “*Necesito repetir mis caídas para mostrar mi necesidad de sostén*»; “*estoy caída, tirada por tu culpa*»; “*no has sabido sostenerme*»; etc. Esta segunda versión implicaría tanto la vuelta de la agresión sobre sí misma, (masoquismo), como la acusación a la analista.

Estos enunciados tienen un agregado posible: “*no me sostienes si no estás muy junto a mí*”, que expresa la solicitud homosexual.

Y finalmente podríamos “escuchar” aún una tercera frase: “*Quiero que sientas que no puedes sostenerme, que tu sostén no sirve.*” Esta tercera versión enfatiza el odio al objeto y el ataque al vínculo.

El proceso analítico nos muestra estas transformaciones, y su vaivén. Pero cuando pasamos a un nivel teórico, se nos impone la necesidad de establecer entre ellos un orden de inteligibilidad. En realidad lo que las distintas teorías proponen en sus formulaciones más abstractas, es la comprensión de algo equivalente a lo que Freud (1937, p.252) denominó la “roca firme”, o sea una hipótesis sobre aquellos fenómenos que tienen un carácter determinante sobre los otros por su mayor poder explicativo y predictivo.

No podemos saber cómo interpretarían este material analistas de distintas escuelas, porque cada análisis es un suceso irrepetible. Pero en cambio conocemos las distintas opiniones vertidas en discusiones clínicas y supervisiones.

Desde una perspectiva kleiniana se pondría el acento en investigar los aspectos destructivos de la paciente que estarían detrás del pedido de sostén manifiesto. El impulso de la

analista a sostener realmente a la paciente se vería tal vez como una falta de confianza en sus recursos como analista, efecto de los ataques de la paciente a su capacidad analítica, lo que mueve a la analista a contraactuar, buscando aplacar a la paciente y evitar la transferencia negativa. La agresión de la paciente estaría dirigida a la analista en tanto “pecho bueno”, precisamente en razón de su bondad, es decir, por su capacidad de proveer ayuda, lo que resulta intolerable a la parte envidiosa de la paciente. La tercera versión de la fantasía sería vista como la más profunda y verdadera, por acercarse a “la roca», constituida por la envidia como expresión primaria de la pulsión de muerte.

Desde otras perspectivas las distintas fantasías de la paciente se verían como el efecto de carencias tempranas las cuales podrían ser interpretadas de diferentes maneras. Se pondría, p. ej. el énfasis en la necesidad de un objeto self capaz de sostener al self (Kohut), o en la búsqueda de la experiencia de tener una madre suficientemente buena (Winnicott).

Pero también se podría considerar desde una perspectiva lacaniana que “sostener” es un significante en torno al cual se anudan múltiples significaciones, las cuales atrapan a la paciente y a la analista en una red imaginaria de la que necesitan “caer” o desprenderse, para poder acceder al significante de la castración.

Sería también posible discutir largamente acerca de si la conflictiva central debe colocarse en el nivel edípico o preedípico y si debe privilegiarse el registro de la sexualidad, el de la agresión o el del narcisismo. Si bien puede aducirse que los hechos clínicos están más a favor de algunas de estas posibilidades que de otras, estas razones distan de ser conclusivas y seguramente darían lugar a polémica.

Pero no es este el punto que interesa discutir aquí, sino el preguntamos de qué manera estos distintos marcos conceptuales influyen en el proceso analítico.

Afortunadamente, creemos que no los vamos a encontrar en la forma esquemática en que las hemos presentado aquí -al menos esa es nuestra esperanza-. Tampoco sabemos con precisión en qué medida la atención flotante de distintos analistas es atraída durante la sesión hacia elementos de la teoría. Piera Aulagnier (1979) habla de una “teorización flotante», pero aclara que con esto no está buscando una definición general, “sino una fórmula que explique mejor la manera cómo funciona mi pensamiento en el ejercicio de **mi práctica**” (subrayado en el original). Las variaciones interindividuales de la escucha son, sin duda, un campo que requiere mayor investigación.

Pero ya sea que su presencia sea manifiesta o se dé en forma sutil e inadvertida, es indudable que no puede ser desconocida. Es en esta dirección que proponemos dirigir la

autoobservación, de modo de abrir el campo tanto para el autoanálisis como para una reflexión crítica más exacta sobre las teorías tal como existen realmente en la práctica clínica.

Esta observación se facilita en base a una triple discriminación:

- a) Lo que pertenece a nuestras teorías y no al paciente: el papel de las teorías durante la sesión.
- b) Lo que es nuestro y no del resto de la comunidad analítica: el pluralismo como problema.
- c) Lo que es nuestro y no está aún en nuestras teorías: la posibilidad de cambios.

a) Las teorías durante la sesión.

¿Cómo intervienen las teorías del analista en la escucha y en la interpretación?

Desde Freud en adelante estamos advertidos de que el analista debe dejar de lado sus preconceptos teóricos cuando escucha al paciente. Esto ha sido reafirmado desde las más diversas corrientes. Lacan (1964) se refirió al “supuesto saber” del analista como a un soporte imaginario del paciente, que no hace sino apartarlo de la verdad de su deseo, el cual sólo puede hacerse oír desde el lugar del inconciente.

Desde supuestos teóricos diferentes, Bion ha propuesto una escucha sin memoria ni deseo. Ha hablado de la capacidad de reverie del analista: éste, como la madre con su bebé, debe operar como continente de los elementos proyectados a los cuales debe devolver metabolizados para hacer posible el crecimiento mental del paciente.

Pero la aspiración a una escucha sin teoría tiene un carácter más ideal que descriptivo. Las teorías del analista preexisten al paciente y fundamentan el marco desde el cual el analista organiza el espacio en el que el análisis se va a desarrollar.

Pero ¿qué hacer con las convicciones teóricas durante la sesión? La atención flotante implica una paradoja similar: ¿Cómo es posible mantener la atención tensa y alerta sin fijarla en un punto? ¿Cómo no buscar aquello que ya encontramos?

Durante el embarazo la futura madre se prepara para lo nuevo e inesperado de su hijo a través de múltiples y cambiantes representaciones que contienen anticipaciones de diferente naturaleza. Las no conflictivas muchas veces no llegan a ser analizadas, y permanecen preconscientes; pueden ser fugazmente aprehendidas por la conciencia, aunque son fácilmente olvidadas (Benardi et al., 1991). De modo similar surgen en el analista diversas representaciones anticipatorias, a las cuales muchas veces debe abandonar para que pueda emerger lo

desconocido. Esto es lo que hemos mostrado en nuestro ejemplo.

En realidad el problema se presenta en relación al grado de firmeza de nuestras convicciones.

En nuestra opinión es necesario que las teorías puedan ser tratadas durante la sesión como fantasías, es decir, que permitan al analista que una parte de su mente pueda sufrir un proceso de regresión formal que la vuelva más permeable al proceso primario. Las teorías constituyen entonces espacios virtuales en transformación, que enriquecen la capacidad de percepción del analista (de León, 1991). Esta es también la condición para que las teorías se vuelven algo viviente y modificable por la experiencia, creándose una tensión fecunda aunque difícil entre las convicciones teóricas más profundas que forman parte de la identidad analítica y las representaciones concretas, cargadas de afecto, que recogen las experiencias vividas en la interacción con el paciente.

Es a esto a lo que nos referimos cuando hablamos de estar dispuestos al autoanálisis de nuestros supuestos.

La patología de las teorías gira en torno a las distorsiones de este proceso.

J. Grinberg (1983) ha llamado la atención sobre la forma insidiosa y sutil en la que operan las resistencias cuando se da una coincidencia entre las teorías y creencias del paciente y del analista. Cuando estas situaciones cristalizan dan origen a lo que W. y M. Baranger (1961-1962) han denominado “baluartes”: zonas que quedan excluidas del análisis, aunque sus contenidos sean fácilmente accesibles para la conciencia, dada la coincidencia de los fenómenos resistenciales con la contraresistencia del analista. Cuando estos baluartes se constituyen como “complejo de creencia” (Rosolato, 1979) se confiere a las teorías las características y el poder de un sistema religioso. Grinberg estudia el caso de Guntrip, quien, relatando sus análisis con Fairbairn y Winnicott, explica que eligió analistas con los que se sentía en “la misma longitud de onda”. Coincidiendo con Pontalis (1967) dice Grinberg (p.23): “el pedido de reanálisis se debe muchas veces no tanto a que el analista no haya estado a la altura debida, sino sobre todo, porque estaba prisionero de su teoría, es decir, él mismo estaba comprometido en un proceso personal de elaboración y de creencia, en el cual, a su vez, arrastraba a su paciente”.

Las teorías son para el analista, como para el común de los científicos, objetos fuertemente idealizados que integran la propia identidad profesional. Los fenómenos de formación de grupos se dan precisamente en la medida en la que se pone en común un ideal (Freud, 1921).

Los análisis didácticos, por su doble objetivo de análisis y formación -dos finalidades que no solo son parcialmente incompatibles sino que tienden a engendrar paradojas (Bernardi, R.,

Nieto, M., 1989) - están particularmente expuestos a fenómenos de este tipo en tomo a los procesos de Identificación y desidentificación entre candidato y analista didacta. Como hemos dicho, estos procesos continúan de un modo distinto una vez terminado el análisis, por lo cual es esencial que queden abiertos al autoanálisis.

Los puntos ciegos que pueden constituirse en torno a las teorías se originan, en nuestra opinión, precisamente en aquellas zonas en las que el analista no puede dejar sus convicciones expuestas a su atención flotante, porque sus procesos defensivos no permiten que entren en el estado de cuestionamiento que caracteriza a la asociación libre.

b) El pluralismo como problema.

No es fácil decir con precisión hasta dónde y en qué diferimos los analistas en nuestras opiniones: mucho menos fácil es decir en qué difieren análisis realizados por analistas con distintas convicciones teóricas. -

Wallerstein (1988, p. 11) planteó que el psicoanálisis hoy consiste en “múltiples (y divergentes) teorías del funcionamiento mental, del desarrollo, de la patogénesis, del tratamiento y de la cura» y se caracteriza por una creciente diversidad en las perspectivas teóricas, en las convenciones lingüísticas, en los énfasis regionales, etc.

El pluralismo actual parece un hecho fuera de toda duda. Uno de nosotros (Bernardi, R, 1989), comparando el historial del Hombre de los Lobos con las relecturas realizadas por M. Klein y J. Lacan muestra que cada uno de estos paradigmas: a) condiciona el modo de escuchar el material (cada uno de ellos se apoya, p. ej., en aspectos distintos del mismo sueño), b) se plantea distintas preguntas y respuestas sobre los mismos hechos y su ideal de comprensión es diferente, y c) parte de supuestos metapsicológicos propios. No es fácil decir en qué medida estos distintos paradigmas son coincidentes, contradictorios o complementarios entre si o hasta dónde su relación es más bien de inconmensurabilidad, es decir, que se comportan como idiomas lógica y semánticamente diferentes entre los cuales la traducción sólo es posible en forma parcial (Bernardi, 1991).

Por ejemplo, al traducir este trabajo al inglés el término “sostener podía según el contexto corresponder a “hold” o “support». Para el lector inglés la connotación de estas palabras es diferente y no es posible que lea “holding» sin evocar a Winnicott. Los problemas de traducción muestran en forma patente los problemas más sutiles creados por los contextos teóricos implícitos.

La creciente diversidad lleva a Wallerstein a preguntarse qué es lo que nos mantiene unidos como comunes adherentes de una ciencia y profesión psicoanalítica compartida” (op. cit. ,p. 19).

Consideramos que esta pregunta tiene la mayor importancia para nuestro tema: la forma de responderla abre o cierra campos para la exploración analítica.

Volvamos a la idea de Freud de que los grupos se unen colocando en común un ideal. ¿Cuál es el ideal que nos une a nosotros, analistas?

Silo colocamos en un cuerpo de respuestas o de técnicas sentiremos la diversidad como una amenaza de fragmentación e insistiremos en reafirmar las zonas en común y en velar por su salvaguardia (como le encomendé Freud al Comité). Esto convierte a la tarea de homogeneización en una necesidad objetiva, fuera de todo cuestionamiento y por ende de la necesidad de ser analizada. Sí, por el contrario, colocamos la unidad en el campo de problemas compartidos y no en las respuestas que les demos, se nos plantea el problema de hasta dónde y de qué manera pueden dos mentes ponerse en comunicación precisamente en aquello que las diferencia, esto es en sus modos peculiares de ver el mundo.

Esto supone reconocer un resto no traducible en las perspectivas individuales que da su dimensión científica y ética al problema del pluralismo: la de posibilitar el contacto entre enfoques cada una de los cuales se considera el único válido (Bernardi, 1992).

Más que una postura de tolerancia (que igual podría adoptarse desde una posición ecléctica o escéptica), o empática (que se refiere más a lo emocional que a lo intelectual) se trata de poder operar con perspectivas reversibles, para usar el término de Bion. Esto implica no sólo clivajes menos rígidos sino también quedar expuestos a procesos de desidentificación y, como se dice en español, estar dispuestos “a volver a empezar desde cero”.

Pero esto es sin duda necesario, porque: ¿podemos escuchar lo diferente de los pacientes si no lo logramos hacer con nuestros colegas?

3 La posibilidad de cambios

La epistemología actual nos plantea el desafío de lograr una mayor comprensión de los procesos de elección o cambio de teoría. Cabe la pregunta si nosotros, analistas, podemos aportar una mayor comprensión de nuestros propios cambios. En ese sentido el desafío también involucra a nuestra actividad de autoanálisis.

Consideramos justificado citar una opinión desde el campo de la epistemología, que

describe bien este desafío. Dice al respecto Th. S. Kuhn (1975, p.448): “La elección de una nueva teoría es la decisión de adoptar un lenguaje nativo diferente y desplegarlo en un mundo correspondientemente diferente. No es éste sin embargo el tipo de transición al que le vayan bien los términos “elección” y “decisión”, aunque las razones para querer aplicárselos después de que haya ocurrido la transición son claras. Al explorar en otra teoría (...) es probable que uno se encuentre con que ya la está usando (...). En ningún momento uno se dio cuenta de haber tomado una decisión, de haber hecho una elección. Este tipo de cambio es no obstante una conversión y las técnicas que inducen a él muy bien pueden describirse como terapéuticas, aunque sólo sea porque cuando tienen éxito uno sabe que antes ha estado mal. No es de extrañar que se oponga resistencia a estas técnicas y que en las descripciones posteriores se disfrace la naturaleza del cambio”.

Este es un campo disponible para la investigación analítica. Tal vez un primer paso para la comprensión de estas transformaciones sea el de determinar con mayor precisión las zonas donde la creatividad interna puede dar origen a cambios o enriquecimientos en las teorías. J. Sandler (1983) llamó la atención sobre las “teorías implícitas» de cada analista. Estas serían estructuras preconcientes -raramente concientes- que funcionan como modelos o esquemas que organizan la experiencia que el analista tiene con sus pacientes. Pese a su papel potencialmente creativo muchas veces quedan separadas de las teorías “oficiales» que son las que ganan el acceso a la conciencia.

¿Por qué esta dificultad para desarrollar nuestras concepciones más personales? Tal vez porque tememos romper lealtades, diferenciarnos y en última instancia quedar solos e indefensos. Por eso tal vez les pedimos a las teorías (y a las figuras que ellas representan a nivel inconciente) que nos sostengan en lo difícil de nuestra labor. Pero Freud nos enseñó a unir autoanálisis y descubrimiento, y esto es lo que en la escala de cada uno, sigue pendiente como desafío, aunque nos lleve por caminos propios y singulares.

La disposición a analizar nuestros presupuestos hace que tengamos por delante en relación a nuestros colegas una tarea similar a la que se nos plantea con los pacientes: la de cómo reconocernos diferentes y a la vez seguir unidos.

Mayo de 1992

Bibliografía

Aulagnier, P. (1979), *Les destins du plaisir*. Presses Universitaires de France. Paris.

Baranger, M. & W. (1961-1962), La situación analítica como campo dinámico. En: *Problemas del campo psicoanalítico*. Ed. Kargieman. Buenos Aires, pp.129-164. 1969.

& --- (1983), Proceso y no proceso en el trabajo analítico. *Rev. de Psicoanálisis*. 68: 527-549.

Baranger, M. & Besouchet, I. & Nieto, M. & Ribeiro, I. (1969), Sobre la enseñanza del Psicoanálisis. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. XI: 243-247.

Berenstein, S. P. de, & Fondevila, D.S. de, (1989). Termination of Analysis in the light of evolution of a link. *Int. Rev. Psycho-Anal.* 16: 385-389.

Bernardi, R. (1989), The role or paradigmatic determinants in psychoanalytic understanding. *Int. J. Psycho-Ana.* 70: 341-359. (1991). Plurality of theories in psychoanalysis: bases for a comparative study. Presented at: 37th IPA Congress.

Buenos Aires. (In Press: *Int. J. Psychoan.*).

(1992). On pluralism in psychoanalysis. (In Press: *Psychoanal. Inq.*) & Nieto, M. 1989. What makes training analysis good enough? 4th. Conference of training analysts. Rome. (In Press: *Int. Rev. Psychoan.*).

Bollas, C. (1987), *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*.

New York: Columbia University Press.

De León, B. (1991), Images and words in psychoanalytical work. Presented at: FEPAL Symposium. Punta del Este, Uruguay.

(1991). Changing views on the dynamics of the analytic process and its relationship with theories in psychoanalysis. Presented at: 37th IPA Congress. Buenos Aires.

- Freud, S. (1900), The Interpretation of dreams. *Standard Edition*. 4 & 5.
London: Hogarth Press. 1953.
- (1911), Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides). *Standard Edition XII*: 1-79. London: Hogarth Press. 1958.
- (1919), A child is being beaten. *Standard Edition XII*: 175-204. London: Hogarth Press, 1955.
- (1921) Group psychology and the analysis of the ego. *Standard Edition*, XVIII: 65- 144. London: Hogarth Press, 1955.
- (1937), Analysis terminable and Interminable. *Standard Edition*, XXIII: 209-254. London: Hogarth Press. 1964.
- Grinberg, J.(1983). Theory, belief and resistance. En: *Investigación psicoanalítica, Psychoanalytical Research*. Buenos Aires: Ediciones psicoanalíticas, pp.25-32.
- & Lichtmann, A. (1981), El verdadero autoanálisis es imposible. Presented at the 32 IPA Congress, Helsinki.
- Jiménez, J. P.(1989). La contribución del analista en los procesos de identificación proyectiva. Presented at the 36 IPA Congress, Roma.
- Kuhn, Th. S.& Popper, K. R. et alt. (1975) Consideración en torno a mis críticos. In: *La Crítica y el Desarrollo del Conocimiento*. pp. 391-454. ed. 1. Lakatos & A. Musgrave. Barcelona: Grijalbo. (Trans. F. Hernán, *Criticism and the Growth of Knowledge*, Cambridge Univ. Press, 2 ed., 1972).
- Lacan, J. (1973), *Les Quatre Concepts Fondamertaux de la Psychanalyse*. Paris: Seuil.
- Lijtenstein, M. (1976) Sobre la noción de teoría en psicoanálisis. *Revista*

Uruguay de
Psicoanálisis. 55:pp 38 1-388.

Marty, P. (1985), *L'Ordre Psychosomatique*. Paris: Payot.

Pontalis, J. B. (1967) Apropos du text de Guntrip. *Nouv. Rev. de Psych.* 15.

Racker, H. (1977), *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires:
Paidós.

Rosolato, G. (1979), La scission que porte l'encroyable. *Nouv. Rev. Psych.*
18.

Sandler, J. (1983), Reflexions on same relations between psychoanalytic
concepts and
psichoanalytic practice. *Int. J. Psycho-Anal.* 64: 35-45.

Schwaber, E. A. (1983), Psychoanalytic listening and psychic reality. *Int. Rev.*
Psychoan. 10: 379-392.

Sern, D. N.(1985), *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic.

Thöma, H. & Kächele (1989), *Teoría y Práctica del Psicoanálisis. T. 1:
Fundamentos*. Barcelona: Herder.

Ticho, G. (1967), On self-analysis. *Int. J. Psychoan.* 48: 308-3 17.

Wallerstein, R, S. (1988). One psychoanalysis or many? *Int. J. Psycho- Anal.*
69: 5-21.