

# Trabajando desde la clínica: Metáfora e interpretación

*Aportes de working parties de la Asociación  
Psicoanalítica Internacional a la  
investigación clínica en psicoanálisis*



MARINA ALTMANN DE LITVAN<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

Los días 20 y 21 de octubre de 2017 se realizó en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU) la Conferencia Internacional «Trabajando desde la clínica: Metáfora e interpretación»<sup>2</sup>, organizada por el Subcomité de Investigación Clínica de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA, por sus siglas en inglés) y la APU, con la colaboración del Comité de Observación Clínica de la IPA. El objetivo fue analizar de qué manera cada metodología de trabajo grupal utilizada por *working parties* de la IPA<sup>3</sup> tenía en cuenta y trabajaba el tema de las metáforas.

Esta conferencia continúa un trabajo que comenzó en julio de 2015 durante el Congreso de la IPA en Boston, donde el Comité de Observación Clínica organizó el panel «Metáforas y el uso del analista como herramientas para mejorar la práctica clínica» y la conferencia «*Says who? Evidence, fact, and belief in clinical psychoanalysis*» organizada en San Francisco, en

- 1 Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. [marina.altmann@gmail.com](mailto:marina.altmann@gmail.com)
- 2 La comisión organizadora de la APU estuvo integrada por Susana García, Clara Uriarte, Beatriz de León de Bernardi, Ana Chabalgoity y Marina Altmann de Litvan.
- 3 Las reuniones de trabajo (*working parties*) se originaron en la Federación Psicoanalítica Europea (EPF, por sus siglas en inglés). Más adelante, el modelo migró hacia América Latina y América del Norte, donde se desarrollaron variaciones y nuevas iniciativas.

2013<sup>4</sup>, por el Subcomité de Investigación Clínica de la IPA. A estas actividades les siguió la conferencia internacional llevada a cabo en San Pablo, en el año 2016, cuyo título fue: «Muchas caras de la investigación clínica» o, en inglés, «*Many faces of clinical research*», organizada por el Subcomité de Investigación Clínica de la IPA. Se trata de aunar esfuerzos de diferentes comités de la IPA con las sociedades componentes.

La metodología de trabajo propuesta consistió en analizar el mismo material clínico desde los puntos de vista de los diferentes modelos usados por los siguientes grupos de trabajo, o *working groups*: *Comparative clinical method* (Método clínico comparativo), *Three-level model for observing patient transformations*, 3-LM (Modelo de los tres niveles para observar las transformaciones del paciente) y *Specificity* (Especificidad). Otros métodos de observación clínica también fueron invitados a la conferencia: *Microscopy of the analytic session* (Microscopía de la sesión analítica) y *Listening to listening* (Escucha de la escucha).

Previamente a la conferencia, durante el congreso internacional de la IPA en Buenos Aires en 2017 se realizó la experiencia de trabajo con el modelo del 3-LM con el mismo material clínico que se trabajó en la conferencia. El grupo de Especificidad lo hizo en la ciudad de Buenos Aires, previo a la conferencia en Montevideo.

Esta propuesta procuró mejorar por un lado la escucha analítica, promoviendo una actitud de investigación, y al mismo tiempo ir descubriendo de qué manera se van haciendo las inferencias en el trabajo analítico.

Hasta donde sabemos, estas dos últimas conferencias han sido pioneras en observar un mismo material desde diferentes metodologías, focalizando en un mismo aspecto, en este caso, la metáfora.

Los analistas tuvieron la posibilidad de trabajar con estos tres métodos diferentes y ampliar su conocimiento del trabajo desarrollado por los diferentes grupos de la comunidad psicoanalítica, discutiendo y compartiendo puntos de vista.

En este artículo inicialmente presentaré, resumidamente, lo expuesto por los conferencistas, buscando explicitar las respuestas que se encontraron a

4 Organizada por Donald Moss, Maureen Murphy y Bill Glover.

las preguntas formuladas en el planteo inicial: ¿Cómo descubren y trabajan la metáfora los diferentes grupos? ¿Proviene del paciente, del analista, del grupo o son cocreadas por la dupla o el grupo? ¿Cuál es el potencial de las metáforas en el desarrollo del proceso analítico? Pero, también, ¿cuáles podrían ser sus limitaciones?

## ANTECEDENTES

Como mencionamos arriba, este trabajo tuvo su momento inicial durante el Congreso de Boston. El Comité de Observación Clínica de la IPA venía trabajando con el modelo 3-LM, al respecto del rol y la importancia de las metáforas en el proceso analítico, lo que fue presentado y discutido en un panel y en un grupo de discusión. El 3-LM nos permite a los analistas comprender, a través de una observación cuidadosa y sistemática, las áreas o dimensiones en las que han sucedido (o no sucedido) cambios en el paciente.

A veces, permite ver aspectos que anteriormente habían pasado desapercibidos por el analista. Las metáforas usualmente aparecen en las discusiones grupales y los informes de estas como puntos de anclaje seleccionados por el grupo. Nos permiten hacer un seguimiento de los cambios en el paciente o en la relación transferencial-contratransferencial. Se vio que las metáforas a veces son traídas por el paciente, otras por el analista y otras emergen en la discusión grupal. Ciertas metáforas resuenan mucho con los grupos. Todas las presentaciones del panel de Boston subrayaron que en la mayoría de los casos clínicos observados con el 3-LM, las metáforas emergían en un proceso espontáneo.

En el caso del grupo de trabajo con el 3-LM, la relevancia de la metáfora fue surgiendo en las discusiones grupales al ir analizando los diferentes casos clínicos, y se encontró que la metáfora era una herramienta particularmente útil para analizar el Nivel 1 del modelo, el nivel fenomenológico.

En concordancia con lo que plantea Modell (2005), encontramos que las metáforas, como construcción inconsciente del paciente, pero también del analista o del grupo, resultan importantes para encontrar significados que nos permiten desplegar o encontrar líneas de fuerza (detectores de patrones) del material clínico.

## LA CONFERENCIA

Los grupos que trabajaron sobre la metáfora en el material clínico propuesto fueron el CCM, 3-LM y Especificidad. Los grupos de trabajo de Microscopía de la sesión analítica (Roosevelt Cassorla), Iniciación del análisis (Bernard Reith y William Glover) y Escucha de la escucha de Haydée Faimberg (Sergio Lewkowicz) presentaron ejercicios que permitieron a los participantes conocer más sobre cada uno de ellos, pero no hubo un trabajo específico sobre metáfora con el material clínico seleccionado.

La conferencia incluyó también un panel interdisciplinario sobre el tema de la metáfora, que fue abordada desde la cultura (Prof. Roger Mirza), la historia (Hist. Graciela Sapriza), la música (Prof. Guilherme de Alençar Pinto) y el psicoanálisis (Susana García).

Fue presentado el trabajo *¿Qué es investigación clínica en psicoanálisis?*, por el Prof. Dr. Ricardo Bernardi (2017), y en el panel «Metáforas en la clínica psicoanalítica» plantearon diferentes aspectos del tema Beatriz de León, Margaret Ann Fitzpatrick-Hanly y Ana María Rizzuto.

En este trabajo me centraré en lo presentado por los grupos de Especificidad, CCM y 3-LM, que trabajaron sobre el mismo material clínico. Quisiera igualmente destacar la pertinencia, el interés y la profundidad de todas las presentaciones realizadas durante la preconferencia y la conferencia.

## CONCEPTO DE METÁFORA

Una metáfora es una analogía que logra su efecto mediante una comparación o semejanza que actúa como un puente entre lo conocido y lo desconocido. El concepto de metáfora utilizado no fue el mismo en todos los grupos de trabajo. Esta diversidad conceptual por un lado hace de alguna manera más difícil la comparación de resultados, pero por otro lado aporta una pluralidad de perspectivas teórico-prácticas que contribuyen a una mirada más completa del material clínico.

El grupo de Especificidad toma una definición de metáfora muy relacionada con el concepto de Nietzsche. Esta definición viene del campo de la filosofía, y entre otras cosas afirma que todo el lenguaje es metafórico, en diferentes niveles.

El grupo de CCM manejó un concepto de metáfora como un puente que conecta los estados afectivos inconscientes con las verbalizaciones del paciente. Jerarquizan la noción de procesos metafóricos que son parte de un movimiento evolutivo de formas simbólicas.

El grupo de 3-LM se va a referir a la metáfora que surge en el campo psicoanalítico. Las metáforas del paciente, con la fuerza de la síntesis pre-consciente, representan, explícita e implícitamente, dinámicas profundas, resistencias y experiencias de escisión. Estas pueden ser del analista o efectos de la producción y muchas horas de discusión del material clínico en el grupo de trabajo.

A excepción del grupo de trabajo del 3-LM, los grupos manifestaron que su metodología no incluía una búsqueda explícita de las metáforas y, por lo tanto, la propuesta de esta conferencia resultó en cierta medida un desafío.

#### MEJORAR LA ESCUCHA ANALÍTICA Y LA OBSERVACIÓN CLÍNICA

La escucha analítica apunta a descubrir los aspectos inconscientes tanto del paciente como del propio analista, que emergen en la sesión. En el contexto de la sesión, Betty Joseph (1989) nos dice que «el analista escucha con las entrañas». Esta escucha puede ser de la asociación libre, de lapsus, giros del lenguaje, imágenes y metáforas, sueños, fantasías sexuales infantiles vinculadas a los conflictos pulsionales, conflictos inherentes a la organización psíquica, conflictos de las fantasías inconscientes de las dificultades de la vida emocional de todos los días, historias reprimidas, etc.

El analista escucha con el paciente, pero hay una escucha del material clínico que se hace fuera de la sesión. Este sería el campo de la «escucha de la escucha», que se da en un segundo momento.

Haydée Faimberg (1996) utiliza esta misma expresión haciendo referencia a que esta es «una escucha descentrada. Se escucha aquello que ninguno de los protagonistas todavía ha oído, se escucha algo inédito» (p. 668).

La utilización de un método para escuchar la escucha nos ubica en la observación del material clínico. Se trata de escuchar cómo funciona la mente de cada analista, lo que subraya y lo que no subraya (los puntos

ciegos de paciente y analista). Es decir que de la escucha hay un pasaje a la observación, y esta observación implica la comparación con otras escuchas. Escuchamos ese conocimiento que se ignora y también ponemos a disposición nuestro psiquismo para detectar el psiquismo del paciente. La comparación produce una sorpresa por lo que va surgiendo en las diferencias y semejanzas, y pasamos de la observación a la comprensión, de las teorías personales a las teorías públicas.

Ricardo Bernardi introdujo la pregunta ¿Cómo podemos mejorar la investigación clínica en la sesión? Existen diferentes perspectivas que responden de maneras diferentes a esta interrogante. Por ejemplo, la de Bion, Ferro (2006/2009, 2011, 2012) y otros que consideran que esto se puede lograr adoptando una escucha analítica **como la del sueño**, en un proceso de transformación de la narrativa del paciente en un sueño en el campo analítico, deconstruyendo y deconcretizando la narrativa, y resonando la sesión.

Otra propuesta es la de Baranger (1993), que aboga por una **ampliación de la contextualización**, despertando del estado onírico para dar una segunda mirada al material clínico.

En el campo analítico, el analista es un observador participante del «campo» y debe estar alerta con respecto a su contratransferencia, su capacidad de respuesta y sus *enactments*.

La **ampliación de la segunda mirada** implica la consideración del momento de la sesión en el contexto de la psicopatología del paciente y la formulación del caso. El sentido del momento presente se considera en relación con los conflictos, las defensas y los déficits del paciente.

La **ampliación de la contextualización temporal** del proceso analítico propone un testeo de las interpretaciones (Etchegoyen, 1986/2002, 2001) en la sesión o una escucha de la escucha (Faimberg, 1996).

Otra perspectiva es la que propone una **observación de los cambios con una perspectiva de proceso analítico a más largo plazo**, como el modelo 3-LM.

Todos los grupos buscan mejorar la escucha analítica. Algunos lo hacen a través de la propia investigación de una sesión o dos haciendo énfasis en *resonar* la sesión (por ejemplo, Especificidad, Escucha de la escucha, Microscopía de la sesión analítica).

También puede hacerse una escucha tomando una perspectiva temporal del proceso analítico. Eso se puede hacer testeando las interpretaciones en una sola sesión (como lo hace el grupo Escucha de la escucha) o tener una mirada de las transformaciones que se van dando en el transcurso del análisis (3-LM, por ejemplo).

En el caso del grupo que trabaja con el 3-LM, se propone profundizar la escucha analítica tomando el concepto de los Baranger de una segunda mirada, focalizando en qué trajo al paciente al análisis y qué modificaciones hubo. A su vez, este modelo trata de encontrar en el material clínico la «evidencia» de las observaciones que se realizan.

Todos los grupos tienen como propósito profundizar la escucha analítica. En esta conferencia se hizo foco en la pregunta: ¿De qué manera en la escucha se privilegian las metáforas?

La primera serie de preguntas que nos planteamos fue: ¿Cómo descubren y trabajan la metáfora los diferentes grupos? ¿Proviene del paciente, del analista, del grupo o son cocreadas por la dupla o el grupo? A continuación, mostraremos algunos aspectos de lo trabajado por cada grupo.

#### GRUPO DE ESPECIFICIDAD PSICOANALÍTICA, PRESENTADO POR ANA CHABALGOITY Y CÉSAR LUIS DE SOUZA BRITOS

Esta metodología construye y deconstruye al paciente, sin datos del contexto del paciente, y su riqueza es explorar desde los instrumentos clásicos del psicoanálisis: asociación libre, atención flotante, regla de la abstinencia y, a través del grupo, los aspectos inconscientes que se captan del paciente, previamente conocidos o desconocidos por el analista y redescubiertos por el grupo en el trabajo grupal. Estos instrumentos psicoanalíticos permiten entrar en contacto con aspectos íntimos preverbales del paciente que se aprehenden a través del trabajo grupal.

Una característica que resaltó en la presentación del grupo de Especificidad fue el hecho de que cuando se producen en los integrantes del grupo efectos al trabajar sobre el material clínico, esos efectos de la escucha del paciente, que en algunos casos se ponen en acto en el grupo, son también material desde el cual se trabaja analíticamente. Para el grupo de Especificidad, el material clínico es también lo que se produce en el grupo.

El microscopio apunta a que se desplieguen más las diferentes emociones que el paciente no ha podido conciliar él mismo y que son proyectadas afuera, en los integrantes del grupo.

Este grupo apunta más a la dinámica de los procesos inconscientes, «que están más cerca de los pensamientos del sueño (Bion, Freud), que a un trabajo del proceso secundario de reflexión (Séchaud, Frisch, Bleger, 2010)». «La asociación libre en un grupo de psicoanalistas inmerso en la escucha psicoanalítica del material clínico es una manera científicamente válida de aprehender los procesos inconscientes» (Chabalgoity y Britos, 2017).

Los participantes, inmersos en este campo, “hacen un trabajo de transformaciones y desplazamiento en el campo de la transferencia” (Dorey, 2009, apud Séchaud, Frisch, Bleger, 2010). Buscan apreciar su estado y lo que transmite, descubriendo y redescubriendo la sucesión de réplicas, desacuerdos y demás que escapan a lo dicho. (Chabalgoity y Britos, 2017)

Por ejemplo, en el material clínico que se trabajó en la conferencia, la analista trae la imagen de una rueda de hámster, y en el grupo de Especificidad una participante hace asociaciones con imágenes de una calesita que da vueltas y las vincula con los espacios y los juegos infantiles, y las rutinas repetitivas de los niños.

A través de una asociación surgen, resaltados, aspectos del paciente que también surgen en otros grupos.

Chabalgoity y Britos (2017) plantean que

el trabajo más fértil del grupo no es verificar la exactitud de las suposiciones traídas por el grupo con la realidad fáctica del paciente o la relación, aunque esto a veces sorprende por la coincidencia de lo que se construye con lo que fue o es vivido en la experiencia del paciente o la pareja.

#### GRUPO CCM, PRESENTADO POR ELIZABETH LIMA DA ROCHA BARROS

El método CCM, o Método de los dos pasos, (Tuckett, 2008) tiene como objetivo comprender las diferencias y similitudes en la forma de trabajar entre analistas, especialmente de diferentes países y culturas.

Este método propone una sistematización que implica ver el material clínico a través del análisis de diferentes tipos de interpretaciones que realiza el analista.

En la presentación se mostraron detallados ejemplos clínicos de la eficacia de la metáfora para que se despliegue el proceso analítico.

La presentadora eligió tres metáforas para su trabajo y comenzó analizando los diferentes tipos de interpretaciones, correspondientes al Paso 1 del método del CCM. A lo largo del proceso analítico, las metáforas se van complejizando en la situación analítica, lo que permite la conexión (o dispara) muchas redes emocionales. Los distintos tipos de interpretaciones hacen posible este despliegue.

A veces se interpreta más conscientemente y a veces introduce interpretaciones que evocan situaciones más primitivas. De esta manera, Elizabeth da Rocha Barros muestra cómo la mente de la analista, a través de sus interpretaciones, opera en todos estos niveles.

Vincula las metáforas con lo que llama *pictogramas afectivos* (Rocha Barros, 2000). Señala que la paciente utiliza metáforas muy vivas en sus expresiones, que ganan complejidad a medida que el análisis se desarrolla.

Las metáforas que analiza la llevan a encontrar la respuesta a la pregunta del CCM: ¿Qué es lo que no funciona, no está bien en este paciente? (*What's wrong with this patient?*) (Paso 2). Elizabeth Rocha Barros nos responde apuntando a un estado de congelamiento que impedía la elaboración de un duelo. En este sentido, plantea que las metáforas no son solo una puerta de entrada al inconsciente, sino también una defensa frente a una situación mayor, por ejemplo, el duelo.

A través de la metáfora, la paciente llega más adelante en el análisis a una existencia que se da «entre el mundo de los muertos y de los vivos». «La paciente está colocada en otro lugar. Deja de estar despersonalizada y vive en un lugar transicional entre los vivos y los muertos» (Lima da Rocha Barros, 2017, p. 3). A través de la interpretación va sucediendo el cambio de la paciente.

Se analizaron intervenciones que añaden elementos sobre el paciente y metáforas que movilizan aspectos aún no expresados.

Otro aspecto interesante que aparece en el trabajo de E. Lima da Rocha Barros es que la analista introduce comentarios metafóricos que facili-

tan la comunicación inconsciente. Plantea que la analista, a pesar de que por momentos trabaja con aspectos conscientes, utiliza metáforas que evocan en el paciente situaciones más primitivas. Para plantearse cómo el analista mantiene el encuadre básico, cómo accede al inconsciente, la analista encontró una metáfora eficiente que le permitía al inconsciente manifestarse. También hay aspectos de la metáfora más conscientes que se ponen en juego.

Encuentra que las metáforas se van complejizando en el trabajo analítico y se vuelven evocadoras de múltiples procesos y experiencias emocionales.

#### GRUPO 3-LM, PRESENTADO POR ADELA LEIBOVICH DE DUARTE, ANDREA PEREIRA Y BRUNO SALESIO

El modelo de los tres niveles (3-LM) tiene como objetivo analizar los cambios que se producen en el proceso analítico, con una perspectiva longitudinal. Para ello, centra su análisis en varias sesiones del proceso analítico, en las que el analista considere que se observan cambios.

Este grupo ha trabajado específicamente el tema de las metáforas, dado que a través de muchos años de trabajo con distintos grupos y utilizando este modelo, se fue evidenciando la presencia de una base clínica común entre los analistas, en la cual las metáforas tienen una presencia importante. Esta base clínica común permite una conexión a pesar de que los participantes adhirieran a diferentes marcos teóricos.

Las metáforas que escoge el grupo son muchas veces equiparadas a los que llamamos «puntos de anclaje» desde donde mirar el material clínico en distintos momentos del análisis, representan líneas para visualizar las transformaciones del paciente y la comprensión de sus propios conflictos y defensas, modos relacionales, etc. Pueden surgir tanto del paciente como del grupo.

Rizzuto en su presentación del comienzo de la conferencia toma una de las escenas del material clínico e interpreta distintas líneas de lo que representa esa escena para el paciente desde cuatro aspectos: nosotros mismos como somos o disfrazados, los otros significativos, un tipo particular de hecho psíquico y la descripción de una experiencia interpersonal

(Rizutto, 2001). En el grupo con el 3-LM, Andrea Pereira y Adela Duarte hicieron una descripción del modelo 3-LM y tomaron estos cuatro aspectos que se conectan con el modelo a través de las metáforas. Analizaron dos metáforas del material clínico y las vieron a través de las distintas dimensiones que propone el modelo en su nivel 2. Por ejemplo, una de las metáforas que tomaron fue «mirando la vida detrás de un vidrio», metáfora que también fue tomada y desarrollada por Bruno Salesio en su presentación.

Bruno Salesio tomó el material clínico e hizo un trabajo descriptivo mostrando la utilización de cómo se van transformando las diferentes metáforas. También mostró que se va complejizando la comunicación, que se arman nuevas redes emocionales y afectivas que permiten surgir otro tipo de materiales y fantasías conectadas con las metáforas elegidas al inicio.

Se constituyen así *minimodelos* que iluminan algún aspecto de la evolución del paciente sin pretender explicaciones globales o inclusivas. Estos minimodelos son por un lado metáforas que resonaron en los analistas, en la discusión grupal, o del analista o del grupo, y son coherentes con los datos clínicos y con las inferencias analíticas que se van haciendo. Estos aspectos fueron presentados y desarrollados en la conferencia inicial de Ricardo Bernardi acerca de qué es investigación clínica en psicoanálisis.

En el segundo nivel del modelo se observa que una misma metáfora puede dar cuenta de distintas dimensiones. Por ejemplo, la metáfora de estar «*far away...*» implica una representación de sí mismo del paciente, un modo de relacionamiento con los demás. También es cierto que esas metáforas ocupan un lugar defensivo de otro tipo de ansiedades.

Las preguntas y respuestas que vamos encontrando no se refieren a consideraciones generales, sino a lo que vamos encontrando específicamente en el trabajo clínico descriptivo, y así nos vamos encontrando con el modo personal de pensar los problemas clínicos. Frente a estos desarrollos, Ricardo Bernardi planteó en su conferencia inicial que el pensamiento clínico que enfrenta problemas específicos no yace en un sistema riguroso inductivo o deductivo, sino en un proceso de abducción (Peirce, 1974), es decir encontrar la mejor explicación posible para una situación dada.

## CONSIDERACIONES FINALES

El objetivo que nos planteamos en estas jornadas fue descubrir cómo trabajan con las metáforas los distintos grupos de escucha analítica de la IPA utilizando un mismo material clínico. En primer lugar, observamos que explícita o implícitamente, todos los grupos tienen en cuenta las metáforas, aunque con diferencias y énfasis distintos. Esto posiblemente se debe a que el uso de las metáforas está íntimamente vinculado a la forma de conocer lo inconsciente propia del psicoanálisis.

Todos los métodos tienen como objetivo la escucha analítica y tomar contacto con las resonancias del material clínico en el trabajo grupal, favoreciendo el intercambio y la discusión crítica. Resulta interesante observar cómo los diferentes grupos, aunque utilizan diferentes metodologías, escogen metáforas similares o muy vinculadas. Cuando los grupos están inmersos en el material, las referencias a las grandes teorías en forma sistemática son escasas. Son más bien utilizadas como una fuente de teorías parciales de las que iluminan algunos aspectos de la evolución del paciente sin pretender explicaciones globales o exclusivas.

En las presentaciones iniciales de la conferencia, Beatriz de León de Bernardi, Ana María Rizzuto y Margaret Ann Fitzpatrick Hanly plantearon algunos conceptos de la metáfora tal como podrían ser trabajados en el contexto psicoanalítico, que luego surgieron en el trabajo de los grupos.

El concepto de *key metaphors* como un puente entre el analista y el paciente, planteado por B. de León, emergió claramente en el trabajo del grupo con el 3-LM. Entre analista y paciente se coconstruyen e integran contenidos compartidos que van a facilitar los procesos de insight. En la medida que esas metáforas se repiten, van adquiriendo nuevos sentidos (noción de espiral dialéctica de Pichon Rivière, 1977), y esto tiene como resultado cambios tanto en los aspectos emocionales como en los aspectos inconscientes, estableciéndose así puentes entre los contenidos subsimbólicos y simbólicos de la experiencia.

M. A. Fitzpatrick Hanly enfatiza en la importancia de escuchar para percibir la aparición de metáforas en el lenguaje de las sesiones iniciales, y de tratar estas metáforas como puntos de anclaje condensados desde los cuales observar cambios posteriores. El analista hace inferencias sobre

significados ocultos cuando escucha asociaciones con las metáforas iniciales, e interpreta aspectos inconscientes de sentimientos e impulsos en conflicto, de tal manera que cambian las metáforas utilizadas espontáneamente por el paciente para describir sus estados de ánimo, su sentimiento de sí y sus motivaciones en conflicto.

Por su parte, Ana María Rizzuto plantea que las metáforas personales son creaciones lingüísticas sobredeterminadas, mediante las cuales nos objetivizamos como seres que sienten y nos ponemos emocionalmente a disposición de otros. No solo vivimos mediante metáforas, también estamos en metáforas. Esta afirmación tiene implicancias técnicas importantes. El analista puede estar tentado a dar por sentado el sentido manifiesto evidente de una metáfora y de interpretarlo prematuramente. No obstante, la comprensión de las metáforas sugiere que representan un esfuerzo creativo y analítico por parte del paciente por objetivar experiencias extremadamente complejas y difíciles de verbalizar, y de conectarlas con sentimientos oscuros acerca de sí mismo que no habían sido verbalizados previamente. Desde un punto de vista técnico, debe dársele tiempo al paciente para desarrollar la metáfora plenamente y jugar con su componente imaginario y sus elementos reales con el fin de develar las experiencias de sí y del propio cuerpo que hacen que aquella tenga potencia emotiva (Rizzuto, 2001).

Bernard Reith y William Glover, como resultado de su trabajo con varios *working parties*, hablan de las metáforas encarnadas en el cuerpo, puestas en acto, y describen de una manera bastante compleja que estas metáforas son efectos del material clínico inconsciente sobre el grupo. Con diferentes palabras, tanto el CCM como el 3LM hablan de metáforas que están encriptadas en el cuerpo.

Para Reith y Glover, las metáforas son profundas y preverbales, y se descentran del texto manifiesto. Es lo que produce, lo que evoca inconscientemente, a través del tono de voz, la postura, la expresión facial, el modo de hablar. Van produciendo puentes protosimbólicos entre la experiencia vivida encarnada y el mundo simbólico y subsimbólico. En este sentido, se separa bastante de la noción de la metáfora puesta únicamente en el lenguaje. Sostienen que, en la práctica, los analistas buscan mini-modelos convincentes o metáforas que resuenen en su interior y sean coherentes con los datos clínicos y sus supuestos analíticos.

Con respecto al trabajo de los diferentes grupos, el de Especificidad psicoanalítica enfatiza en una escucha tratando de promover la emergencia de los aspectos inconscientes de manera asociativa, es decir, lo que la escucha del material evoca en «el otro». Se deconstruye el material, que no es el que trajo el analista, sino las asociaciones de los participantes, los efectos que produce en quien lo está escuchando.

Puede tratarse de asociaciones que permiten tomar contacto con aspectos que han sido reprimidos en el proceso analítico o a mecanismos de identificación proyectiva, escisión o disociación que surgen a partir de las asociaciones de los integrantes del grupo. No hay una búsqueda explícita de la metáfora, pero en las asociaciones surgen los contenidos metafóricos que también subrayaron los otros grupos.

El CCM se pregunta: ¿Qué es lo que no está bien en este paciente? Realiza una inferencia (estado de congelamiento), e inmediatamente elabora una hipótesis explicativa (el estado de congelamiento impide la elaboración de un duelo). La hipótesis explicativa se realiza al comienzo del análisis del material, mientras que en el 3-LM los niveles 1 y 2 del método son descriptivos, solamente en el nivel 3 iría a plantearse una hipótesis explicativa.

A la pregunta: ¿Cuál es el potencial de las metáforas en el desarrollo del proceso analítico? —**pero, también: ¿Cuáles podrían ser sus limitaciones?**—, podemos decir que varios de los grupos confluyeron en las conclusiones al respecto de la significación de las metáforas para el análisis. En particular, el 3-LM y el CCM llegaron a conclusiones muy similares con varias de las metáforas tomadas del material clínico.

Otro aspecto importante que fue resaltado fue el balance entre la asociación libre y la elaboración reflexiva, donde observaron que cada grupo de trabajo ponía un énfasis diferente.

También «surgió la preocupación de que enfatizar la libre asociación puede promover la regresión dentro de la dinámica grupal. Queda la pregunta de si las asociaciones son acerca del caso y al servicio de la investigación, o simplemente reflejan las dinámicas internas del grupo» (Reith y Glover, 2017, p. 7). También agregan que hay aspectos dinámicos inconscientes, formas de pensamiento intermedio que tienden a ponerse en acto.

Todos los grupos están de acuerdo en que las metáforas emergen espontáneamente y capturan de forma condensada los temas del caso.

Las dinámicas inconscientes del caso son transmitidas al grupo y nuestros pensamientos se transforman desde experiencias corporales y metáforas encarnadas hacia una comprensión conceptual.

En esta experiencia en la que varios grupos trabajaron con el mismo material clínico, nos quedan como cuestiones a considerar:

- los sesgos que pueda haber por parte del analista en la selección del mismo material clínico.
- las diferencias en el recorte del material a analizar: algunos grupos trabajan con dos sesiones, y otros con tres o más sesiones de largos períodos de análisis. Algunos descartan expresamente los datos biográficos, y otros los toman en cuenta. ¿Qué implican estas diferencias?

Sin duda, el hecho de que las preguntas iniciales que se hace cada grupo sean diferentes marca diferencias en el método.

Otras de las preguntas que nos hacíamos al concebir esta conferencia se relacionan con las metáforas y los cambios en el proceso analítico: ¿Las metáforas muestran cambios en la forma del procesamiento mental? **¿Son a nivel de la estructura, de los conflictos? ¿Cambia realmente el contenido simbólico de las metáforas a lo largo del análisis? ¿Podemos equiparar los cambios que se producen en las metáforas a lo largo del análisis con los cambios en el mundo interno y externo del paciente?**

Todos los métodos permiten construir y deconstruir un paciente nuevo que surge en el trabajo, con lo que emergen aspectos que el analista no había tenido en cuenta.

Para el grupo 3-LM, las metáforas permiten ver cambios en el proceso analítico y comparar el entramado de las metáforas iniciales con las que se van desarrollando en el proceso analítico a través de los años. Dan indicios sobre aspectos estructurales, representaciones de sí mismo y defensas del paciente, sus conflictos, sus déficits.

Para el CCM y el 3-LM, las metáforas pueden tener también un sentido de defensa del psiquismo, estar al servicio de una resistencia.

E. Lima da Rocha Barros habló tanto de cambios a nivel subsimbólico como a nivel más simbólico, mostrando estos cambios a través de los procesos de simbolización del paciente.

Y, finalmente, a la pregunta ¿Qué aprendemos de las metáforas en el encuadre analítico de trabajo?, en esta conferencia 138 participantes y 10 invitados tuvieron la oportunidad de obtener una mejor comprensión de las diferentes posibilidades, ventajas y desventajas de cada modelo, y concluyeron la conferencia con un conocimiento más profundo de cómo aplicar cada una de estas metodologías para analizar materiales clínicos y ser más conscientes de las posibilidades que ofrece cada método. Los participantes de conferencias anteriores descubrieron que era posible avanzar en la discusión sobre los métodos de pensar el material clínico.

El estudio de las metáforas nos hace conscientes de la complejidad de las situaciones clínicas y promueve el pensamiento crítico y reflexivo sobre lo que vamos encontrando en el material clínico.

Katz (2013) privilegia la exploración de la metáfora para encontrar un *lenguaje compartido* para la construcción: «Un objetivo de este proceso es llegar a construcciones que conceptualicen, expresen, aclaren y elaboren la experiencia del analizando» (p. 10).

Por ello, el estudio y análisis de las metáforas debe estar acompañado por un examen cuidadoso de su ajuste al material clínico. ♦

## BIBLIOGRAFÍA

- Alencar Pinto, de, G. (2017). *La metáfora en la música*. Jornada Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- Baranger, M. (1993). The mind of the analyst: From listening to interpretation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 74(1), 15.
- Bernardi, R. (2017). ¿Qué es investigación clínica en psicoanálisis? Jornada Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- Cassorla, R. (2017). *Trabajando desde la clínica 1: Metáfora e interpretación por el grupo de Microscopía de la sesión Analítica*. Jornada Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- Chabalgoity, A. M. y Souza Brito, de C. (2017). *Working party on the specificity of psychoanalytic treatment today in Latin America*. Jornada Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- Etchegoyen, H. (2001). Algo más sobre el testeo del proceso clínico. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 1, 34-59.
- (2002). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1986).
- Faimberg, H. (1996). Listening to listening. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(4), 667.

- Ferro, A. (2009). *Mind works: Technique and creativity in psychoanalysis* (trad. P. Slotkin). Londres: Routledge. (Trabajo original publicado en 2006).
- (2011). Shuttles to and from the unconscious. *The Italian Psychoanalytic Annual*, 5, 89-106.
- (2012). Creativity in the consulting room: Factors of fertility and infertility. *Psychoanalytic Inquiry*, 32(3), 257-274.
- Fitzpatrick-Hanly, M. A. (2017). *La interpretación de las metáforas en el caso de Lara: Seguimiento de la acción terapéutica, del cambio y del no cambio en el enfoque de las intervenciones del analista*. Jornada Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- García, S. (2017). *Metáfora e interpretación: Sus avatares en la clínica*. Jornada Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- Glover W. y Reith, B. (2017). *La transmisión de lo inconsciente a través de las metáforas encarnadas en el cuerpo*. Jornada Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- Joseph, B. (1989). *Psychic equilibrium and psychic change: Selected papers of Betty Joseph*. Londres: Routledge.
- Katz, M. (ed.) (2013). *Metaphor and fields: Common ground, common language, and the future of psychoanalysis*. Londres: Routledge. Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- Lewkowicz, S. (2017). *Trabajando desde la clínica 3: Metáfora e interpretación por el grupo Escucha de la Escucha de Haydée Faimberg*. Jornada Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- Lima da Rocha Barros, E. (2017). ¿Cómo descubren y trabajan las metáforas los distintos grupos presentados? [ensayo en representación del working party CCM]. Jornada Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- Mirza, R. (2017). *Metáfora y referente en literatura*. Jornada Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- Modell, A. H. (2005). Emotional memory, metaphor, and meaning. *Psychoanalytic Inquiry*, 25(4), 555-568.
- Peirce, C. S. (1974). *Collected papers of Charles Sanders Peirce* (vol. 5). Cambridge: Harvard University Press.
- Pereira, A. y Leibovich de Duarte, A. (2017). *Las metáforas y el modelo de 3-LM*. Jornada Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- Reith, B. y Glover, W. (2017). *Trabajando desde la clínica 2: Metáfora e interpretación por el grupo de Iniciación de Análisis*. Jornada Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- Rizutto, A. M. (2001). Metaphors of a bodily mind. *Journal of Applied Psychology*, 49, 535-568.
- (2017). *Experiencias clínicas: Alcances y límites de las metáforas*. Jornada Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- Rocha Barros, E. D. (2000). Affect and pictographic image: The constitution of meaning in mental life. *The International Journal of Psychoanalysis*, 81(6), 1087-1099.
- Salesio da Silva Francisco, B. (2017). *Metáforas y el modelo 3-LM*. Jornada Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- Sapriza, G. (2017). *Verdad y sentimientos: La interpretación del relato en historia*. Jornada Trabajando desde la clínica: Metáfora e investigación, Montevideo, 20-21 de octubre.
- Séchaud, E., Frisch, S. y Bleger, L. (2010). A especificidade do tratamento psicanalítico hoje. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(3), 53-64.
- Tuckett, D. (2008). *Psychoanalysis comparable and incomparable: The evolution of a method to describe and compare psychoanalytic approaches*. Londres: Routledge.