

El diálogo psicoanalítico y la complementariedad estilística entre analizando y analista *

David Liberman

Este trabajo es el desarrollo de un concepto de Pichon Riviere de la labor conjunta que cumplen analizando y analista a lo largo del proceso, y que, al decir de Pichon, la función del analista en el campo terapéutico es pura y exclusivamente la de un descodificador.

Sabemos que los rasgos característicos de todo paciente constituyen un producto de *su* evolución psicosexual temprana. Mis observaciones me han llevado a pensar que estos rasgos, detectables en la forma en que “descodifican lo que ocurre en la sesión, le “adscribe” significadas y lo “codifica”, pueden ser distinguidos como “estilos”. Como existirían correlaciones entre “estilos” y sucesos infantiles inscritos en la forma de interaccionar del analizado en sesión, podríamos preguntarnos en qué medida la evolución de los rasgos estilísticos” de un analizando en el curso de un tratamiento psicoanalítico dan cuenta de que estamos asistiendo a un “crecimiento psicoanalítico” en el sentido de Bion (1965) o a una “interacción iatrogénica” (Liberman, 1967).

Consideremos ahora la situación enfocando al analista. Si también consideramos como “estilos” las formas posibles en las que el analista adscribe significaciones a lo que llamamos “material del paciente” y a las elecciones sintácticas que efectúa el analista en sus intervenciones, podemos considerar el proceso psicoanalítico como un tipo especial de interacción que experimentará adelantos y retrocesos. Cuanto mayores sean las posibilidades de descodificar que tenga el terapeuta, o en términos de Pichon Riviere, la calidad del esquema conceptual referencial operativo con que el analizando es

* Escrito especialmente para la Revista Uruguaya de Psicoanálisis

abordado (E. Pichon Riviere, 1969), tanto más fácilmente podremos observar los cambios operativos en las respuestas del paciente a lo largo del proceso.

ESTILOS Y DIÁLOGO PSICOANALITICO

Cada vez que decidimos informar, ordenar o interrogar a alguien de una determinada manera, efectuamos, sepámoslo o no, una elección entre las infinitas posibles que podríamos efectuar. En el caso especial del analista, éste utiliza todo un conjunto de teorías, aunque no las haga concientes en ese momento, que le permiten detectar por los modos de responder del analizando el estado de éste en la sesión analítica: la observación de estas opciones constituye una amplia vía que lo conduce hacia un cierto conocimiento de aquellos. Esto significa que la apertura, evolución y resultado final de un proceso psicoanalítico terapéutico dependerá, entre otras cosas, de la forma como el paciente expresa sus conflictos ante el terapeuta. Este último, como ya la dijéramos, trata de aprehender los indicios que su paciente le da en la sesión, y también efectúa su propia selección al adjudicarle significados a *ciertos* elementos o estímulos provenientes del analizando, privilegiando algunos aspectos verbales, paraverbales* y no-verbales del material del paciente y descartando otros.

La elección por parte del paciente de una forma de expresar sus conflictos, y la elección por parte del analista de una forma de detectar los indicios del inconciente al tomar el material del paciente de una manera especial y verbalizar su interpretación también de una manera especial, constituyen lo que llamo *estilos*, que conforman una sede de pasos trascendentales conducentes al éxito o fracaso del establecimiento del proceso psicoanalítico.

Resumiendo en términos de comunicación, la opción del analizando al traer su material, la forma en que el material es recibido (descodificado) e interpretado (codificado), y la forma en que el analizando recibe lo que el terapeuta le ha enviado, constituyen estilos.

UNA “MODELIZACIÓN” FREUDIANA DEL DIÁLOGO PSICOANALITICO

* Se entiendo que los componentes paraverbales son todos los ingredientes del habla, tales como tono, altura intensidad, ritmo y duración silábica, omisión de partes de la palabra, etcétera, que no se hallan incluidos en la sintaxis oral. La notación fonética de las lenguas no es más que un intento incompleto de obviar la imposibilidad de efectuar una transcripción gráfica exacta.

En uno de sus artículos técnicos Freud (1912) utiliza las siguientes expresiones para explicar qué es lo que ocurre en la sesión analítica *dentro y entre* cada uno de sus participantes, utilizando un modelo mental que ya era común en su época: el teléfono. Dice Freud:

“O dicho en otra formulación: el analista orienta hacia lo inconciente emisor del sujeto su propio inconciente, como si fuese un órgano receptor, comportándose con respecto al analizado como el receptor del teléfono con respecto el emisor. Como el receptor transforma de nuevo en ondas sonoras las oscilaciones eléctricas provocadas por las ondas sonoras emitidas, así también el psiquismo inconciente del médico está capacitado para reconstruir con los productos de lo inconciente que le son comunicados este inconciente mismo, que ha determinado las ocurrencias del sujeto.”

Siguiendo este modelo, aunque sin dejar de reconocer sus limitaciones, diré, a modo de ilustración, que cada una de dichas transformaciones de oscilaciones eléctricas en ondas sonoras corresponderían a opciones o estilos de “descodificación” o de “encodificación”.

LOS DETERMINANTES INFANTILES DEL ESTILO DEL EMISOR

Todo lo desarrollado por Freud y por todos aquellos que se preocuparon por descubrir en los rasgos de una obra artística los sucesos de la infancia de su autor, constituyen la mejor vía de abordaje que he encontrado para profundizar sobre este punto. Así, por ejemplo Freud, en “Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci” (1910), establece correlaciones entre la obra artística (tomada como mensaje) y determinados acontecimientos de la infancia del autor; pero además añade otro punto que se refiere a la relación que establece el observador según la *posición* en que se ubique, sea psicoanalista, étlico de arte o mero observador. Según varíen las condiciones del observador cambiará su estilo de descodificación.

“La infancia de Leonardo fue tan singular como este cuadro. Tuvo dos madres: Catalina, la primera y verdadera, de cuyos brazos fue arrancado entre los tres y los cinco años y Donna Albiera, que fue para él una madrastra más joven y delicada. Reuniendo este hecho en su niñez con el que mencionamos

en primer lugar y condensándolos en una unidad mixta, dio forma a la composición de su cuadro. La figura materna más alejada del niño, corresponde por su apariencia y su situación especial con respecto a aquel, a la primera madre de Leonardo, o sea a Catalina. Con la bienaventurada sonrisa de Santa Ana, quiso, quizá, encubrir y negar el artista la envidia que la infeliz Catalina hubo de experimentar al verse obligada a ceder su hijo a la noble rival, como antes le había cedido el hombre amado.” (Nota agregada 1919.) “Si intentamos delimitar en este cuadro las figuras de Santa Ana y la Virgen María no lo conseguiremos fácilmente. Podríamos decir que se hallan confundidas como imágenes oníricas mal condensadas, de manera que en algunos puntos resulta difícil determinar dónde acaba Santa Ana y comienza María. Esta circunstancia, que desde el punto de vista artístico se nos muestra como un defecto de la composición queda justificada en el análisis por su oculto sentido. Las dos madres de su niñez tenían que fundirse, para el artista, en una sola figura.”*

En “El carácter y el erotismo anal”, Freud establece una correlación entre cuidado, economía y tenacidad (order, parsimony and obstinacy) en la conducta obsesiva y en la reacción del niño frente a una de sus funciones corporales (control de esfínteres). Creo que estos rasgos de conducta implican una elección, es decir, un estilo de conducta basado en un conflicto infantil específico. Freud dijo:

“Investigando la temprana infancia de estas personas averiguamos fácilmente que necesitaron un plazo relativamente amplio para llegar a dominar la «incontinentia alvi» infantil, y que todavía en años posteriores de su infancia tuvieron que lamentar algunos fracasos aislados de esta función. Parecen haber pertenecido a aquellos niños de pecho que se niegan a defecar en el orinal porque el acto de la defecación les produce, accesoriamente, un placer, pues confiesan que en años posteriores les gustaba retener la deposición, y recuerdan, aunque refiriéndolos, por lo general, a sus hermanos y no a sí mismos, toda clase de manejos indecorosos con el producto de la deposición.

En cuanto a la manera de expresar este conflicto infantil en forma de rasgos de carácter, agrega: “Dado que el erotismo anal pertenece a aquellos

* Una gran parte de la obra de Enrique Pichon Riviere se refiere al arte, al artista y a las circunstancias de la época en que se constituyó el mensaje artístico. Su trabajo de 1946, y otro de 1965, ilustran este punto sobre “Los determinantes infantiles del estilo del emisor”

componentes del instinto, que en el curso de la evolución y en el sentido de nuestra actual educación cultural resultan inutilizables para fines sexuales. no parece muy aventurado reconocer en las cualidades que tan frecuentemente muestran reunidas los individuos cuya infancia presentó una especial intensidad de este instinto parcial —el cuidado, la economía y la tenacidad—, los resultados más directos y constantes de la sublimación del erotismo anal.”

POSIBILIDADES Y OPCIONES

Un analizando puede transmitir un estado mental en formas diferentes, según sean las características *de* su organización intrapsíquica que determinan su vínculo con el analista, que a su vez está determinado por la forma en la que aquél imagina que es comprendido por éste (adjudicación de papeles al terapeuta-receptor del mensaje).

Un analizando en estado de tristeza en relación con ansiedades melancólicas, por ejemplo, se quedará callado, desconectado del terapeuta, sintiendo que el tiempo fluye fuera de él. Eventualmente podrá decirle al analista: “Lo que estamos haciendo es fútil, superfluo, opaco”. Consideremos otra posibilidad, la del paciente que también está triste, pero que en lugar de actuar como el anterior, está inquieto, araña la cubierta del diván, emite algunas exhalaciones y luego, como desalentado, dice en voz quejumbrosa: “Estoy cansado. No sirvo para nada y no tengo mañana.” Existe una tercera posibilidad, la del paciente que no está triste y nunca lo estuvo. Podemos casi decir que ha dejado un tendal de víctimas en el curso de su vida, muchas de las cuales pueden haber terminado en suicidios y accidentes. En este caso, el analizando es incapaz de sentir (y por lo tanto de expresar el estado emocional llamado “tristeza”. En cambio, tratará de usar todos los medios posibles para inocular tristeza y pesimismo en el terapeuta con respecto a la cosmovisión de su práctica terapéutica psicoanalítica. Y estos pacientes a mentido tienen éxito en sus intentos.

En el primer caso, la ansiedad melancólica es arrojada fuera del *self* del paciente, y éste siente el vacío que queda; en el segundo caso, penetra el yo del paciente y lo engulle. Existe una defensa contra esta situación, que consiste en hacer una escisión del *self*, cuya resultante es que las ansiedades melancólicas se ubican en alguna función corporal, como ocurre con los pacientes

que sufren distintos tipos de enfermedades orgánicas. En el tercer caso, el paciente procura llegar al *self* del analista para poner allí su propia ansiedad melancólica.

Continuando con la misma sentencia, he encontrado que las pautas estilísticas son características de los pacientes esquizoides en el primer caso, de las pacientes ambivalentes depresivos en el segundo caso, y en el tercero, de aquellos pacientes que ocultan sus creencias paranoides por medio de continuas actuaciones en sesión.

Existen otros casos en los cuales pueden surgir ansiedades melancólicas, aunque no tan fuertes como en los casos anteriores, y generalmente después de la pérdida de un objeto. Esto ocurre a niveles neuróticos de la personalidad (casos 4, 5 y 6). Mientras que los casos 1 y 2 están consolidados alrededor de las fases anal primaria y secundaria, el tercero surge de la fase anal rimada, y los casos 4, 5 y 6, que pasaré a describir inmediatamente, derivan de la fase anal secundaria y de la fase fálica respectivamente. (Ver Karl Abraham, 1924.)

En cuanto a la cuarta posibilidad, las ansiedades melancólicas están controladas por estos pacientes durante la sesión, ya que nos dan defensivamente una serie de narrativas sumamente coherentes y detalladas, entrelazadas por una secuencia de sucesos externos organizados en orden cronológico y con una mención infantil de los lugares donde tuvieron lugar esos hechos. La narración puede llegar a ser tan coherente y lógica que nos impide el acceso a los indicios de un estado emocional. Luego, después de tres o cuatro secuencias narrativas de este tipo, el paciente puede caer en un estado de languidez, de abatimiento, y eventualmente dejará de hablar. Después de hacer visibles esfuerzos, puede llegar a decir algo así como: "Me siento despreciable". Y éste podría ser el estado emocional básico contra el cual había verbalizado todas las anteriores secuencias narrativas en la sesión. Este caso corresponde a pacientes con rasgos obsesivos.

Los pacientes fóbicos-contrafóbicos presentan otra posibilidad de manejar ansiedades melancólicas, ya que son emocionalmente inestables toda vez que están en peligro de romper sus metas ambiciosas o de caer en un estado de pesimismo. El paciente necesita que su analista sea para él un objeto acompañador, que lo refuerce en sus metas ambiciosas, a la vez que un objeto amenazador que pueda destruir sus defensas contrafóbicas. Por lo tanto, es una persona curiosa: necesita conocer el estado mental de su analista en ese

momento. Su estilo de conducta verbal y su forma de escuchar al analista son los siguientes: el paciente detiene sus frases a mitad de camino debido a la ansiedad que surge en él por el contacto tan especial que establece con su analista, y cuando éste le dice algo, salta, por decirlo así, dentro de él para auscultar en su manera de vocalizar cuál es su estado mental, atemorizado o pesimista. Este es el paciente que llega a nosotros con curiosidad y ansiedad y súbitamente pone distancias.

El sexto y último caso es el de aquellos pacientes que procuran obtener gratificación en la sesión por medio de su conducta exhibicionista. Tienen rasgos de carácter histéricos y se sienten permanentemente acosados por cierta vergüenza (sentida defensivamente como extrañamiento y despersonalización, sentido del ridículo o de la fealdad) cuando están con el analista. El sentimiento de vergüenza y las consiguientes defensas derivan en su mayoría de las ansiedades melancólicas que funcionan dentro del paciente. El paciente desarrolla una conducta verbal estilística convenientemente acompañada por mímica vocal y gestos, como un medio hacia la gratificación de sus fantasías exhibicionistas y la simultánea superación del estado emocional antes descrito. A menudo, cuando siente que estas elegantes defensas se ven amenazadas, puede también recuperarse por medio de la dramatización de su propia realidad interna.

He señalado todas estas defensas porque, en primer término, ofrecen un enfoque del material clínico del paciente y nos alejan un poco más de la habitual terminología psiquiátrica, a la vez que, en segundo lugar, nos permiten efectuar conjeturas acerca de datos muy precisos que se pueden diferenciar según el modo como el paciente efectúa sus elecciones. Permítaseme aquí subrayar que esta es una opción inconsciente, lo que indica que cuando el paciente categoriza algo de un cierto modo (en este caso el estado de tristeza) y lo hace sin darse cuenta de ello, es decir, inconscientemente, podemos hablar de estilos o de pautas estilísticas que hacen que un paciente sea claramente diferenciable cuando está en un cierto estado emocional expresado en una única forma y en ninguna otra. La introducción de la nueva nomenclatura tiene otra ventaja, ya que los pacientes nunca tienen pautas estilísticas puras. Podemos encontrar en ellos otros componentes o ingredientes estilísticos entrelazados. De este modo, en lugar de ubicar a nuestros pacientes en casilleros, los podemos considerar en un diálogo dentro de un tratamiento con

pautas fijas que tiene lugar en un contexto témporo-espacial determinado por la duración del análisis, el lugar donde es llevado a cabo y la persona que está a cargo de él. Existe una cierta correlación entre la gnosografía psiquiátrica, algunas pautas comunicativas de interacción (de acuerdo con lo expuesto por Ruesch)^{*} y estas nuevas caracterizaciones de diferentes pautas estilísticas que pasaré a enunciar inmediatamente.

El siguiente cuadro muestra la correspondencia que existe entre las nomenclaturas psiquiátricas, aquellas que usé en mi libro “La comunicación en terapéutica psicoanalítica”^{**} según Ruesch, y la nueva nomenclatura que uso en “Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico”.^{***}

* J. Ruesch; “Disturber Communication”, Nueva York; N. Y. Norton, 1957.

** D. Liberman; Eudeba; Buenos Aires, 1962.

*** D. Liberman; Galerna – Nueva Visión; Buenos Aires, 1972.

<i>Nomenclatura psiquiátrica</i>	<i>“La comunicación ...”</i>	<i>“Lingüística...”</i>
Paciente esquizoide	Observador no participante	Persona que busca
incógnitas sin crear suspenso		
Depresión endogénica lírico	Persona depresiva	Paciente con estilo
Personalidad psicopática épico	Persona de acción	Paciente con estilo
Paciente obsesivo narrativo	Persona lógica	Paciente con estilo
Paciente fóbico	Persona atemorizada y huidiza	Paciente que busca incógnitas y crea suspenso
Persona histérica	Persona demostrativa	Paciente con estilo dramático que crea impacto estético

Permítaseme subrayar las ventajas de este enfoque. En nuestra práctica psicoanalítica nos enfrentamos a menudo con pacientes que utilizan técnicas narrativas. Pero dentro de estas técnicas narrativas existen diferentes posibilidades: la narrativa puede estar centrada en el comentario de auto-reproches y diversas consideraciones acerca de la propia conducta y la de los demás. Este estilo narrativo contiene un subcomponente lírico que le otorga un cierto tono emocional al que el paciente trata de controlar, lo que efectúa al hacer que su objetividad, coherencia y lógica formal entren por la fuerza dentro de sí. Estos son los pacientes que establecen mecanismos de defensa obsesivos que los protegen impidiéndoles caer en estados melancólicos. Otros pacientes también muestran una fachada de estilo narrativo, pero a diferencia

del caso anterior, la técnica narrativa aquí es utilizada para controlar la ansiedad derivada de las ansiedades fóbicas. En el caso de estos pacientes, la narrativa contiene cierta referencia a situaciones que involucran riesgos, suspenso, coraje o cobardía. Esto es lo que ocurre con los pacientes que tienen defensas obsesivas organizadas para el control de las fobias, y que eventualmente re-estructuran conductas contrafóbicas. El estudio de ambos tipos de estilos narrativos con dos subcomponentes diferentes nos permite ver que, detrás de esta apariencia similar, existe una gran diferencia. Los subcomponentes estilísticos, que son depresivo-oral-ambivalente en un caso y fóbico-fálico-uretral en el otro, indican que la evolución del tratamiento psicoanalítico tendrá un pronóstico diferente.

Si el terapeuta puede detectar y diferenciar estos dos subcomponentes (que habitualmente son inconcientes en el paciente y que el analista puede conocer o no, según sean sus opciones al recibir el material, es decir, dependiendo de su estilo perceptivo), podemos decir que ha entrado en posesión de un instrumento sumamente valioso. Por medio de la investigación de segmentos de diálogos encontrados en procesos psicoanalíticos correspondientes a ambos casos, será capaz de establecer criterios pronósticos en la terapéutica psicoanalítica, no sólo con referencia al analizando, sino también a su propio enfoque terapéutico.

El resultado lógico es un proceso psicoanalítico fluido. La evolución es más favorable porque el terapeuta puede detectar antes al paciente y evitar así que éste pierda inútilmente el tiempo reforzando sus técnicas obsesivas con el fin de defenderse del estado de ansiedad que constantemente lo lleva a crear suspenso, tratar de saber qué es lo que ocurre, y dónde está la incógnita que le produce miedo. La habilidad del terapeuta podrá conseguir que el paciente sea menos narrativo en poco tiempo, y llegará a ser en sesión el tipo de paciente que crea suspenso y busca aclarar las incógnitas.

La razón por la cual he mostrado estas dos posibilidades de estructura psicopatológica reside en el hecho de que pienso que muestran más abiertamente la importancia de comprender que las personas que tenemos en análisis tienen un conjunto de componentes estilísticos, y que los subcomponentes que figuran como ingredientes accesorios nos dan el verdadero criterio pronóstico y diagnóstico en análisis. Por medio de este criterio podremos movernos y

trabajar en el enfoque terapéutico con pautas claras y bien definidas.

Nótese también que estoy tratando de librar al psicoanálisis de la psiquiatría y la psicología, y llevarlo en cambio hacia la estilística, que se refiere a los tipos de diálogo e interacción comunicativa entre analizando y analista en los diferentes momentos del proceso analítico. Hasta el presente, mi experiencia me permite afirmar que es posible establecer criterios predictivos acerca de situaciones que pudieran surgir.

Si estudiamos a nuestros pacientes fuera de la sesión, el pronóstico de los pacientes mejorará, ya que estaremos mejor preparados para reconocer sus cambios de estilos.*

COMPLEMENTARIEDAD ESTILÍSTICA ENTRE EL MATERIAL Y LA INTERPRETACIÓN

Es bien sabido que todo analizando, en los diferentes momentos de las sesiones, sufre una sucesión de estados que él siente como cambios que tienen lugar simultáneamente dentro de sí, en su relación con el terapeuta, y en la forma en que él supone que el analista lo percibe.

Permítaseme reformular esto en términos comunicacionales: en el curso de las sesiones, el paciente simultáneamente sufre modificaciones en sus estados intrapersonales, así como cambios cualitativos en las modalidades del vínculo establecido con el analista considerado como persona. Esto, a la vez, corresponde a la sucesión de papeles diferentes que el analizando le adjudica a su analista en el curso de las sesiones.

Con el fin de establecer criterios de complementariedad estilística,* debemos efectuar distinciones acerca de los ingredientes de los estilos de analista y analizando. Los “estilos”

del analizando corresponden a la forma en que éste combina los ingredientes verbales,

paraverbales y no-verbales de sus comunicaciones. Pero el caso del analista es diferente. El

estilo de la interpretación está restringido a su forma peculiar de combinar los

* En el año 1976 llevé a cabo una investigación interdisciplinaria acerca de los estilos de los analizandos y los estilos literarios con David Maldivsky, con quien publiqué "Psicoanálisis y semiótica", que muestra en qué forma se pueden extender los procesos psicoanalíticos a la investigación de otras áreas de actividad humana. (*Lieberman, D. y Maldivsky, D.:* "Psicoanálisis y semiótica". Buenos Aires; Ed. Paidós, 1975.)

componentes sintácticos, morfológicos y semánticos de la estructura de la frase que constituye la interpretación.

Desde el punto de vista del analizando, creo yo que las variaciones estilísticas dependerán de la forma en la que imagina que es percibido (o considerado, o de qué es lo que se espera de él). Tales variaciones tienen lugar a raíz de las interpretaciones del analista, pero si el paciente está en un estado de regresión útil, dependerán del significado que el paciente le adjudique al analista como oyente silencioso de su material.

Las intervenciones que se refieren a los indicios del inconciente emitidas inadvertidamente por el analizando son las únicas que constituyen una interpretación psicoanalítica, sólo si estos indicios, al ser aprehendidos por el analista, son comunicados al analizando con el grado más alto de adecuación lingüística. Esto también depende del estado del analizando como receptor.

Las modificaciones psicoanalíticas dependerán del grado de adecuación lingüística entre la organización verbal de la interpretación y la condición en que está el paciente como receptor. Esto es lo que distingue a la terapia psicoanalítica de cualquier otro tipo de psicoterapia. Cuanto mayor es el grado de adecuación entre la estructura de la frase que formula la interpretación y el estado del paciente cuando la recibe, tanto menor será la distorsión. El significado de adecuación es complementariedad estilística, y procederé a dar dos ejemplos para ilustrar lo que quiero decir.

En el caso de un paciente que desarrolla un tipo de conducta de *acting out* en la transferencia, el estilo complementado de la interpretación consistirá en una narración en la cual describirá y categorizará su conducta. Cuando el paciente tiene un estilo esquizoide, será necesario interpretar con complementariedad dramática. Por medio de nuestra interpretación deseamos introducir “moldes” de pensamiento verbal contenidos en las posibilidades semánticas y sintácticas del código de lenguaje que el paciente no pudo construir durante su desarrollo.

* La complementariedad estilística deriva de pautas de interacción en psicoterapia. Debemos comprender que complementariedad significa las diferencias de los papeles y características de los mensajes, y que contrasta con la interacción simétrica, donde las similitudes predominan. El terapeuta que discute con un paciente obsesivo establece una interacción simétrica; si puede darle una interpretación que consista en una afirmación destinada a modificar

la estructura obsesiva del paciente, ha establecido una relación complementaria.

UN CASO CLINICO*

Para una mejor comprensión de lo expresado, necesito recurrir a segmentos de un diálogo psicoanalítico. Aun cuando el punto de partida sea una experiencia en particular, existen secuencias de interacción analítica que agrupan una serie de momentos en todo proceso analítico que llevamos a cabo. Esto puede abrir nuevos caminos para categorizar los diferentes sentidos de la dirección del proceso analítico.

Procederé ahora a describir una generalización que refiero a un conjunto de procesos y que constituye una de las muchas posibilidades.

Después de haber interpretado al analizando que su propia curiosidad con respecto al análisis estaba bagada en la desconfianza y el miedo a lo desconocido, el paciente tuvo un largo periodo de sesiones fructíferas. Reconoció que había logrado muchas cosas durante su vida, pero que ninguna de ellas lo había dejado satisfecho. También comenzó a traer una imagen mucho más objetiva de los padres. Esto me permitió inferir algunas hipótesis psicoanalíticas acerca de los papeles que me adjudicaba durante las sesiones. Los cambios en su estilo de comunicarse dependían del papel. En la primera parte de la sesión, yo representaba para él una figura materna seductora y ambiciosa a la que él tenía que controlar, gratificándola con la narración detallada de sus logros. Cuando terminaba esta parte, el paciente sentía que yo lo perdía y que lo incorporaba con odio. Por lo tanto, el papel siguiente que me adjudicaba era el de un ano que expelía.

Al comienzo de la sesión, después de haberlo hecho pasar, el paciente se acostó en el diván y yo me dispuse a escucharlo. El analizando desarrolló lo que yo llamo un “estilo narrativo”, que consistía en enumeraciones cronológicas, verbalizadas en forma muy coherente. Todas estas enumeraciones tenían un tema común: “La ambición y el optimismo” que trataba de imponerse a si mismo y a mí. Mientras persistió esta narrativa, no toleró interrupciones: si yo trataba de interrumpirlo, mis palabras eran consideradas un rechazo.

* El material clínico que incluyo pertenece a la ilustración clínica de un trabajo que publiqué en 1974 en la “Revista de Psicoanálisis” (tomo XXXI, ½, p. 201, Buenos Aires). Transcribo parte de este material porque lo considero ilustrativo.

Sin embargo, después de algún tiempo agotó este estilo “narrativo” y utilizo otro recurso estilístico, congruente con el cambio en el papel que me adjudicaba: en ese momento consideraba que mi silencio, al que antes sentía como necesario, se había tornado hostil y cargado de odio.

Entonces apareció el estilo “lírico”, La verbalización parecía rota, quebrada. Se quejó de que nada me satisficiera. Pensaba que me había cansado de él que lo había “mandado al

demonio”, y que yo sólo pensaba en mis propios asuntos. Se quejó de que sus sesiones siempre comenzaban bien y que yo las arruinaba. Interrumpía sus emisiones verbales y sus silencios con un chasquido de la lengua. Después se quedaba en silencio y trataba de oír algún movimiento mío, ya que pensaba que yo estaba enojado con él y lo iba a echar para no tener que aguantarlo más. Hizo tamborilear los dedos sobre el diván y exhaló con los labios cerrados (¡pff!).

Me vi entonces enfrentado con una elección importante referente al momento y los estilos de la interpretación. Uno de ellos era el momento narrativo (obsesivo), y el otro el momento lírico (depresión, impaciencia, ambivalencia). Ambos conducían a un callejón sin salida. Las interpretaciones detalladas acerca de su narrativa le estimulaban los rasgos obsesivos debido a la simetría de su estilo. Las interpretaciones acerca de su resentimiento, o del resentimiento que proyectaba en mí, reforzaban sus quejas depresivas.

En una oportunidad logré configurar una interpretación que reunía los requisitos de complementariedad estilística en mi estilo verbal. Esto precipitó un desenlace distinto de sus sesiones. Fue como si por fin terminásemos una sesión que siempre se detenía en un punto en que todo se echaba a perder y que siempre volvíamos a empezar. En ese momento de crisis transferencial y de malestar, dije textualmente: “Yo sé que soy para usted un inconformable a quien tiene que terminar repudiando. Siempre pasará lo mismo mientras desde un comienzo parcialice la relación conmigo y crea que lo único que interesa es triunfar y envanecerse”

Esta interpretación intentaba mostrar en qué forma reaccionaba el paciente durante la sesión de acuerdo con una proyección sobre el analista de una madre ambiciosa y narcisista, impaciente y rechazadora, con la cual estaba muy unido. Esta modalidad de interpretación, que correspondía a la manera

como un paciente esquizoide emitiría una orden o un pedido, provocó la emergencia de un nuevo estilo: “dramático con impacto estético”.

De pronto recordó el paciente sueños repetitivos de hacia días y que nunca recordaba en sesión. Al efectuar el relato, se identificaba con algunos de los Personajes. En todos estos sueños siempre aparecía alguien que lo llamaba desde arriba. Él insistía en obedecer pero sabía que no podía, que siempre terminaría cayéndose y teniendo que protegerse la boca y la cabeza. Esta fue la primera, de una serie de sesiones en las que se operó un cambio: el paciente sintió frío. Pensó que esto se debía a que se sentía fuera de sesión. De este modo mostraba hasta qué punto había cambiado la distancia en su relación conmigo Como consecuencia de mí intervención.

El paciente terminó la sesión retomando su estilística narrativa, contando lo mismo que al principio, pero con un contenido opuesto. Consistía en una narrativa “de pesimismo optimismo, y prudencia” en lugar de la narrativa original de ambición y optimismo

Lemostré que ahora que yo había cambiado papeles con él, él los cambiaba conmigo, pero que cambiaba tanto que todo era al revés, y que siendo así era lo mismo.

El paciente sonrió y quedé pensativo. Entonces dijo: “Yo sé lo que padezco de daltonismo mental, O todo es blanco, o negro o gris. No he encontrado los intermedios.”

El paciente tenía registros “históricos” “fóbicos”, “obsesivos” y “depresivos”, pero nunca mostraba rasgos de acción ni era capaz de mantenerse alejado y efectuar abstracciones. La interpretación mencionada introdujo una modalidad estilística esquizoide con un cierto ingrediente de lenguaje de acción, lo que produjo cambios en la dirección del proceso.

CONCLUSIONES

Se detectan las correlaciones entre puntos de fijación infantiles, estructuras cambiantes del yo durante la terapia, a través de la organización lingüística del paciente y de la forma en que verbaliza, así como también a través de las actitudes y los gestos que acompañan la verbalización.

La interpretación ideal, la más exacta, será aquella que reúna en una sola oración los componentes estilísticos de que el paciente carece. Esta interacción complementaria conduce al paciente hacia el *insight* en la sesión, manifestado en frases que se refieren a sus aspectos más conflictivos y que nunca habrían sido emitidas sin estas interacciones complementarias.

El método y las teorías aquí expuestos constituyen una contribución a la ruptura de interrupciones o “*impasses*” en el tratamiento analítico por medio del acceso a nuevas pautas de interacción a través de una mayor precisión lingüística en la técnica interpretativa. Sin embargo, esta forma de teorizar acerca de la práctica psicoanalítica tiene, a mi juicio, dos complicaciones o inconvenientes. Uno de ellos es el gran número de hipótesis que es necesario manejar; el otro es el riesgo constante de su utilización exagerada y el intento de mantener una constante complementariedad ideal.

Cuando alcanzamos un nivel óptimo de trabajo, efectuamos sin premeditarlo la complementariedad estilística.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM, K.: "Selected Papers". Capítulo XXVI (1924). Hogarth Press; Londres, 1949.
- BION, W. R.: "Transformations. Change from Learning to Growth". William Heinemann Medical Books, Ltd. Londres, 1965.
- FREUD, S.: "Character and anal Erotism". (1908) *St. Ed.* 9:170, Londres; The Hogarth Press, 1959.
- FREUD, S.: "Leonardo da Vinci". (1910) Ob. cit. XI, 113-114.
- FREUD, S.: "Recommendations on analytic technique" (1912) Ob. cit. XII, 115-116.
- LIBERMAN, D.: "Entropía e información en el proceso analítico". Rev. de Psicoanálisis. Buenos Aires, 1967; t. XXIV. I.
- PICHÓN RIVIERE, E.: "Lo siniestro en la vida y en la obra del Conde de Lautréamont". Rev. de Psicoanálisis. Buenos Aires, 1947. IV, 4.
- PICHÓN RIVIERE, E : "Discépolo: un cronista de su tiempo", 1965. *Del psicoanálisis a la psicología social*. T. II, Galerna; Buenos Aires, 1971.
- PICHÓN RIVIERE, E.: "Estructura de una escuela destinada a la formación de psicólogos sociales". Rev. de Psicología; Buenos Aires, 1969, año I, nº 2.

DAVID LIBERMAN, médico, actualmente integra la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Sus principales líneas de investigación están en la aplicación de los conocimientos que aporta la semiótica para la comprensión del proceso psicoanalítico. Es autor de numerosos trabajos y de varios libros, entre los cuales: La comunicación en terapéutica psicoanalítica; Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico; Lenguaje, técnica y psicoanálisis; Comunicación y psicoanálisis. Dirección: Santa Fe 2829, 5º; Buenos Aires.